



Universidade de Lisboa  
Faculdade de Motricidade Humana



## **Intervenção Psicomotora em População com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental no Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa – CERCIS Lisboa**

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de  
Mestre em Reabilitação Psicomotora

**Orientadora:** Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

**Júri:**

**Presidente**

Professora Doutora Ana Maria Peixoto Naia

**Vogais**

Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Professora Doutora Ana Rita do Amaral Cabrita Matias Batalha

Sandra Isabel Mourão Galhanas

2016

---

## AGRADECIMENTOS

Os meus sinceros agradecimentos são dirigidos, não só, àqueles que estão sempre comigo mas a todos com quem me cruzei por este novo caminho, e contribuíram, de alguma forma, para o meu crescimento pessoal e profissional. Com a necessidade acrescida de os salientar individualmente, fá-lo-ei com o devido reconhecimento.

Agradeço, mais uma vez, à Professora Doutora Sofia Santos, orientadora inigualável, cujo todo o apoio, disponibilidade e mesmo persistência incessantes conduziram à construção desta nova, importante e exigente jornada.

Um agradecimento especial é destinado às coorientadoras e responsáveis pelos novos ensinamentos e aprendizagens profissionais, Dr.<sup>a</sup> Elisabete Sousa e Dr.<sup>a</sup> Mónica Estevens, a quem destaco todo o acompanhamento e esclarecimento que enriqueceram todo este percurso.

À Dr.<sup>a</sup> Ana Santos, Diretora Técnica do CTVAA, agradeço todo o conhecimento e familiarização em contexto institucional, quer teóricos como práticos, impulsionando uma melhor adaptação e integração, imprescindível à base de trabalho e intervenção.

Agradeço, nunca esquecendo, o cliente LC do Estudo-Caso e Acompanhamento de Sessões, cuja empatia imediata possibilitou o desenvolvimento e engrandecimento do trabalho proposto, pilar fundamental do exercício da atividade profissional.

Não menos importante, o agradecimento global é remetido a todos e a cada um dos clientes/jovens com quem tive contacto, sobretudo pela receção calorosa e pela oportunidade laboral que me proporcionaram. Também a toda a equipa técnica que me acolheu e partilhou comigo um bocadinho do seu espaço, um obrigado.

O último, e por mim mais aguardado, agradecimento destina-se, como não podia deixar de ser, à minha mãe, ao meu pai e meu irmão (pilares da minha vida) e, às melhores amigas Sara's e Rita que comigo vivem e convivem diariamente e tudo fazem por me inspirar. As minhas motivações devo-as também aos meus amigos e companheiros de vida académica, estando especialmente grata a vocês, André e Diana.

---

## RESUMO

O presente relatório de estágio, no âmbito do 2.º Ciclo de Reabilitação Psicomotora, compreende o conhecimento e a descrição da prática e funcionamento institucionais que, na CERC Lisboa com clientes com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais, a estagiária concretizou ao longo do ano letivo, fundamentando a atividade profissional na compreensão do contexto envolvente e características da sua população-alvo. O enquadramento teórico, com a caracterização da instituição, do público-alvo com quem se entrevistou e da intervenção psicomotora, permitiu guiar os processos de intervenção e avaliação, que aferiram a planificação de objetivos e orientaram o trabalho da estagiária, que visou melhorias na funcionalidade, autonomia e qualidade de vida dos clientes. No âmbito da intervenção concretizada pela estagiária, na segunda parte deste relatório será descrita então toda a prática concretizada, desde o horário até aos grupos de intervenção e estudo de caso, processo de avaliação (Escala de Comportamento Adaptativo, versão Portuguesa) para posterior planeamento dos objetivos a promover e das atividades a implementar, nos diferentes contextos onde os clientes se inseriam. Antes da reflexão final, serão ainda elencadas outras atividades, bem como as principais conclusões inerentes a todo o ano de intervenção.

---

## PALAVRAS-CHAVE

Intervenção Psicomotora, RACP, Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental, Avaliação, Apoios, Comportamento Adaptativo, Funcionalidade, Qualidade de vida, Autonomia.

---

## **ABSTRACT**

This report, within Psychomotor Therapy' Master degree, intends to present the intervention of the 2<sup>nd</sup> year internship' student. The theoretical approach and all practice description, as well the institutional functioning of CERC Lisboa with persons with Intellectual and Developmental Disabilities (IDD), allowed a better understanding and a comprehensive approach of what is expected by a psychomotor therapist in institutional settings. The literature review about IDD and the knowledge of what is the psychomotor intervention guided all assessment process and intervention programs. The application of reliable and valid assessment tools helped in the establishment of individualized and pertinent goals to each client, aiming the empowerment of independent functioning, quality of life and adaptive behavior. The entire internship is described: schedules, intervention groups and settings, study-case, assessment instrument (Portuguese version of Adaptive Behavior Scale), the goals identification as well the program design and activities. Conclusion and recommendations are also presented.

---

## **KEYWORDS**

Psychomotor Therapy, Internship, Intellectual and Developmental Disability, Assessment, Supports, Adaptive Behavior, Independent Functioning, Quality of Life

---

# ÍNDICE

<b>Introdução</b>	1
<b>1. Enquadramento Institucional</b>	3
1.1. CERIC Lisboa	3
1.2. Complexo Desportivo Municipal Casal Vistoso	12
<b>2. Enquadramento Legal</b>	14
<b>3. Enquadramento Populacional</b>	16
3.1. Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento	16
3.2. Correlação das Características da DID com casos observados no CTVA	24
<b>4. Enquadramento Teórico</b>	26
4.1. Intervenção Psicomotora	26
<b>5. Enquadramento Prático</b>	29
5.1. Etapas da Prática Institucional	29
5.2. Contextos de Intervenção Específicos	34
5.3. Estudo-caso	37
5.4. Outras Atividades	60
<b>Conclusão</b>	65
<b>Referências Bibliográficas</b>	67
<b>Anexos</b>	75

---

## ANEXOS

**Anexo 1** - Exemplar de Planeamento de Sessão em Atividade Motora

**Anexo 2** - Exemplar de Relatório de Sessão em Atividade Motora

**Anexo 3** - Exemplar de Planeamento de Sessão em Atividade em Meio Aquático

**Anexo 4** - Exemplar de Relatório de Sessão em Atividade em Meio Aquático

**Anexo 5** - Consentimento Esclarecido, Livre e Informado

**Anexo 6** - Plano Individual de Intervenção do Cliente

---

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Apresentação da legislação em vigor referente às valências, respostas sociais e serviços .....	14
<b>Tabela 2</b> – Apresentação dos resultados obtidos referentes à Primeira Parte da ECAP.....	46
<b>Tabela 3</b> – Apresentação dos resultados obtidos referentes à Segunda Parte da ECAP.....	53
<b>Tabela 4</b> – Apresentação dos resultados obtidos referentes aos Fatores da ECAP.....	57

---

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Organograma Funcional da CERCI Lisboa .....	11
<b>Figura 2</b> – Horário-tipo da estagiária no Estágio de RACP .....	33
<b>Figura 3</b> – Organização horária dos turnos realizados pela estagiária na Campanha do Pirilampo Mágico 2015.....	63

## **INTRODUÇÃO**

Este documento objetiva a apresentação do Relatório de Estágio, com vista à obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora, no âmbito da Unidade Curricular de Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP) orientada pela Professora Doutora Sofia Santos, da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa. O Relatório de Estágio é representativo de todo o trabalho realizado no contexto institucional do Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa (CTVAA) da Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Lisboa (CERC Lisboa), também ao encargo das coorientadoras Dr.<sup>a</sup> Elisabete Sousa e Dr.<sup>a</sup> Mónica Estevens.

O estágio, inserido na área de intervenção de Funcionalidade e Qualidade de Vida, promoveu a competência reflexiva multidisciplinar onde a estagiária participou como agente ativo, contribuindo para o desenvolvimento da capacidade de planeamento e implementação de programas de intervenção psicomotora, em diferentes contextos e domínios de Intervenção, visando a aplicação das mais recentes teorias e práticas, abordadas no âmbito curricular e indo ao encontro do RACP (2015). Desta forma, foram vivenciados momentos de aprendizagem e treino para o exercício da atividade profissional nos vários domínios da intervenção psicomotora, em constante relação com outros profissionais e com a comunidade (RACP, 2015), através da relação das aprendizagens teóricas na prática, e.g.: o domínio do processo de avaliação com aplicação de instrumentos validados para o estabelecimento do perfil intraindividual, a partir do qual se identificam fatores contextuais que permitem o planeamento e implementação de programas individualizados, facilitadores da participação dos clientes nos contextos de vida significativos e elaboração das respetivas respostas.

Neste sentido, os principais objetivos passaram pelo conhecimento do funcionamento da CERC Lisboa enquanto organização, e da população com quem se interveio, quer nos contextos específicos de Intervenção Psicomotora quer institucionalmente, e, ainda, todas as aprendizagens e vivências que deste processo resultam. Sintetizando, o relatório pretende demonstrar o desenvolvimento de competências ao nível da intervenção face à heterogeneidade da população-alvo e aos diversos contextos de intervenção; à prática e aplicação de metodologias de conhecimento científico; e, à capacidade adaptativa, necessária aos crescimentos pessoal e profissional aquando da inserção no mercado de trabalho (e.g., aprendizagens no âmbito do trabalho em equipa transdisciplinar).



Estruturalmente, o relatório está dividido em diferentes Enquadramentos: Institucional, Legal, Populacional, Teórico e Prático que espelham todo o estágio concretizado. O Enquadramento Institucional define a dinâmica da CERCI Lisboa desde a sua criação até à atualidade, mantendo-se em constante mudança para o progresso; o Enquadramento Legal pelo conhecimento da legislação estrutural que a instituição valoriza e implementa nas suas práticas; o Enquadramento Populacional pela caracterização das principais características da população-alvo que é atendida pela instituição, a quem se compromete a prestar serviços e respostas de qualidade; o Enquadramento Teórico que contextualiza a intervenção e fundamenta o trabalho desenvolvido; e, por fim, o Enquadramento Prático que dá a conhecer as vivências ao longo dos nove meses de estágio, pela participação ativa da estagiária.

## **1. ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL**

O Enquadramento Institucional emerge da necessidade de caracterizar o meio físico e dar a conhecer os funcionamentos estrutural e organizacional da CERCI Lisboa, pelo que a instituição será apresentada, em seguida, para uma melhor contextualização da atividade profissional do estagiário psicomotricista. Ainda, será brevemente caracterizado o Complexo Desportivo do Casal Vistoso, tendo sido uma infraestrutura essencial à concretização da prática interventiva.

### **1.1. CERCI Lisboa**

O aparecimento das CERCI's concretiza-se com o nascimento de um Centro Educacional situado nos Olivais, no âmbito de uma resposta diferenciadora na área da Educação Especial a 16 de julho de 1975 (CERCI Lisboa, 2012a). Iniciado por um conjunto de pais, profissionais e outros, impulsionaram a nível nacional o designado Movimento CERCI (CERCI Lisboa, 2012a), derivado da necessidade de respostas sociais para os sujeitos com, na altura, *deficiência mental/intelectual* e que atualmente se designa por Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento (DID - Morato e Santos, 2007; Santos e Morato, 2012). Com a expansão associada a esta moção, surgem naturalmente outras organizações, destacando-se, a CERCI “Lisboa” - agregado diretamente à localização geográfica na capital do país (CERCI Lisboa, 2013).

As influências da União Europeia constituíram um marco importante para a evolução da CERCI enquanto organização, possibilitando o reconhecimento europeu das metodologias de intervenção e programas/projetos associados pelo seu envolvimento internacional e perspetiva para inovar e implementar outras ideias únicas e diferenciadoras (CERCI Lisboa, 2013). Destacam-se os exemplos da empresa de malhas *CERCILIS Ida* entre o período de 1996-2006, e o do *Núcleo de Atendimento e Acessibilidade*, agora, Centro de Atendimento, Acompanhamento e Animação para Pessoas com Deficiência (CERCI Lisboa, 2013).

Atualmente a CERCI Lisboa é uma Cooperativa de Solidariedade Social com fins não lucrativos, autenticada como Pessoa Coletiva de Utilidade Pública e com Certificação de Qualidade dos Serviços Sociais – *EQUASS Assurance*, nível um (CERCI Lisboa, 2012a; CERCI Lisboa, 2012g; CERCI Lisboa, 2013). Os diversos mecanismos disponibilizados que consagram esta qualidade procuram atender à comunidade do interior para o exterior e vice-versa – e.g.: Departamento de Formação e de Desenvolvimento de Ativos dirigidos a profissionais e colaboradores (formação técnica) e Departamento de Gestão de Qualidade com a regularidade de *updates*

associados ao aperfeiçoamento das metodologias de intervenção (CERCÍ Lisboa, 2013). Na generalidade, a política de qualidade da CERCÍ Lisboa centra-se nos objetivos anteriores com enfoque na *Orientação para o cliente, Valorização dos profissionais, Abertura à comunidade e Melhoria contínua dos processos de trabalho* que permitem ao cliente, colaborador e comunidade serviços que zelam pelo desenvolvimento/evolução em envolvimento físico e biopsicossocial (CERCÍ Lisboa, 2012d). Importa referir, ainda focando na formalidade de qualidade de serviços, na acreditação das *práticas formativas* consagrada pela Direcção-Geral do Emprego e das Relações do Trabalho (CERCÍ Lisboa, 2012g).

A instituição objetiva, a curto e longo prazos, respostas diferenciadas a carências sociais que possam perturbar o desenvolvimento normativo do ciclo da vida, abrangendo deste modo um elevado número do seu público e beneficiando-o pela sua constante análise e revogação de políticas de referência (CERCÍ Lisboa, 2012a). A CERCÍ Lisboa enquanto entidade promove uma prática diversificada que dispõe de um amplo leque de valências, respostas sociais e serviços que respondem com eficácia a aproximadamente 900 clientes (valor de referência), agentes ativos no seu próprio processo de formação (CERCÍ Lisboa, 2013). No entanto, consoante a averiguação do interesse da existência de um ou outro serviço, poderá ser colocada em causa a continuação da sua oferta, e.g., *Programa de Apoio Domiciliário*, por não se revelar numa área de necessidade prioritária face à emergência de outras (CERCÍ Lisboa, 2013). Outras das respostas oferecidas pela instituição, são os Centros de Atividades Ocupacionais (CAO), ativos desde a sua criação e que integram, aproximadamente cerca de duas centenas de jovens, jovens-adultos e adultos (CERCÍ Lisboa, 2013).

#### **1.1.1. Visão, missão e valores.**

A *Visão* da CERCÍ Lisboa concilia a capacidade de perspetivar futuramente o seu trabalho enquanto instituição acreditada com as respostas sociais de qualidade que presta, pretendendo assumir-se como uma entidade de referência para a inclusão social, visando melhorar a qualidade de vida dos clientes (CERCÍ Lisboa, 2012c; CERCÍ Lisboa, 2013). A sua *Missão* compromete-se em zelar pelos interesses, motivações e expectativas dos clientes com DID e multideficiência, contribuindo para a sua qualidade de vida, atuando na prevenção, sensibilização, promoção de competências e capacidades e desenvolvimento de atividades, orientadas pelo otimismo, motivação e pela não discriminação (CERCÍ Lisboa, 2012c; CERCÍ Lisboa, 2013).

O sucesso da *Visão* e da *Missão* é guiado pelos *Valores* orientadores e essenciais em qualquer intervenção (CERC Lisboa, 2013), e.g.; o *otimismo* baseia-se na forma positiva de enfrentar obstáculos levando consigo sempre uma aprendizagem; a *dedicação* associada à causa, com perseverança, foco no trabalho e devoção; a *determinação na ação*, como um caminho traçado e a traçar para o atingir de metas, constantemente em evolução; a *ousadia na inclusão*; a *flexibilidade* nas atitudes, com a constante adaptação consoante os desafios apresentados; a *democracia* na partilha, através das atividades técnica e profissionais que primizam os direitos e as tomadas de decisão com papel ativo dos seus clientes; e, a *Ética* presente em todos os processos/procedimentos (CERC Lisboa, 2012c).

O modo de ação da CERC Lisboa implica o compromisso de todos estes valores, que em conjunto se complementam para a dignificação dos seus ideais, visando sempre a evolução (CERC Lisboa, 2012m). Consolidando esta ideia surge o logótipo da CERC Lisboa, criado como representação gráfica desses objetivos, caracterizando pormenorizadamente todos os seus elementos constituintes (CERC Lisboa, 2012b): *o movimento, a rotação e abertura dos círculos que integram o Logotipo da CERC Lisboa pretendem representar a evolução, o desenvolvimento pessoal e o caminho para a autonomia da pessoa com deficiência, ao longo da vida. Resulta numa imagem criativa, alegre e dinâmica, como o trabalho desenvolvido pela CERC Lisboa junto dos seus utentes* (CERC Lisboa, 2012b, p.1).

Ainda em contexto político, a CERC Lisboa rege-se por cinco políticas organizacionais (Departamento de Gestão da Qualidade, 2013): a *Política de Qualidade* para a satisfação das necessidades e promoção da qualidade de vida dos clientes, através de planos individualizados e pertinentes para a participação na comunidade, implementados por profissionais qualificados e motivados; a *Política de Recursos Humanos* centrada na satisfação dos colaboradores num clima positivo e pautado pela estabilidade e qualidade das equipas; a *Política de Confidencialidade* dos dados pessoais de cada cliente, fomentando a transparência e clareza do processo; a *Política de Prevenção do Abuso e Maus Tratos* com a definição de um Protocolo de Atuação para a prevenção e atuação em situação de suspeita/verificação de maus tratos; e, a *Política de Participação e Envolvimento de Clientes* nas várias decisões relativas ao plano de vida de cada um.

A CERC Lisboa dispõe de diferentes serviços e respostas sociais de acordo com as diferentes necessidades dos clientes, intentando numa intervenção personalizada para a obtenção de uma melhor Qualidade de Vida dos clientes, pelo que em seguida serão apresentadas as principais valências.

### **1.2.1 Valências, respostas sociais e serviços.**

As Valências, Respostas Sociais e Serviços consistem na diversidade de áreas de intervenção específicas que maximizam as potencialidades e minimizam as dificuldades dos seus clientes, agindo em consonância para uma melhoria de Qualidade de Vida, de acordo com as características e necessidades pessoais (CERCI Lisboa, 2012n). Serão apresentadas de seguida, destacadas pela sua importância e papéis principais.

#### ***Centro de atividades ocupacionais (CAO).***

O CAO é uma das principais respostas sociais, sendo a mais conhecida, e envolve clientes com idades superiores a 16 anos de idade (CERCI Lisboa, 2012m; CERCI Lisboa, 2012n), com implicações na participação e limitação de atividades (CERCI Lisboa, 2012m). Por este motivo, o CAO fomenta a participação ativa e orientada dos Clientes na criação e desenvolvimento do seu *Projeto de Vida*<sup>1</sup>, ambicionando a promoção de atividades concordantes com as suas tomadas de decisão, interesses, competências e necessidades (CERCI Lisboa, 2012m). As atividades são guiadas pela transdisciplinaridade da equipa técnica (Psicólogos, Assistentes Sociais, Técnicos de Reabilitação Psicomotora, Terapeutas, Educadores, Monitores) que diariamente em contexto institucional, entre as 09h00' e as 17h00', fazem o acompanhamento nas diferentes áreas (CERCI Lisboa, 2012m).

Neste contexto, a diversidade de respostas contemplam as *Atividades Lúdico-Terapêuticas* (treino de funcionalidade e de estimulações sensorial e cognitiva); as *Atividades de Desenvolvimento Pessoal e Social* (treino de competências, tal como o nome indica, pessoais e sociais); as *Atividades Sócio-Culturais* (formação, recreação e lazer); as *Atividades Instrumentais da Vida Quotidiana* (treino de atividades de vida diária); as *Atividades Estritamente Ocupacionais* (construção e elaboração de produtos a partir de materiais variados); e, as *Atividades Socialmente Úteis* (valorização pessoal, autonomia e transição para a vida adulta ativa), todas internas e/ou externamente à própria instituição por requisição de outras empresas protocolares (CERCI Lisboa, 2012m). Atualmente, todas estas atividades são desenvolvidas nos três CAO's da CERCI Lisboa: o Centro Ocupacional dos Olivais, o Centro de Transição para a Vida Adulta e Activa e o Centro Ocupacional Espaço da Luz (CERCI Lisboa, 2012m).

---

<sup>1</sup> Plano de intervenção do cliente, com duração trianual, da responsabilidade de um gestor, organizado em conjunto com equipa e família em termos de necessidades e objetivos/metasp de intervenção

A CERC Lisboa dispõe de três CAOs: o CTVAA – Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa – em Marvila, o Centro Ocupacional dos Olivais, em Santa Maria dos Olivais e o Centro Ocupacional do Espaço da Luz, em Carnide.

O CAO dos Olivais foi o primeiro equipamento do Movimento CERC, primeiramente como resposta educacional inovadora, e posteriormente como centro ocupacional (CERC Lisboa, 2013). O Centro Ocupacional Espaço da Luz, comumente conhecido como Espaço da Luz, teve início no ano de 1997 na zona de Carnide em Lisboa, também fundamentado pela elevada necessidade sentida no âmbito das respostas sociais e serviços à comunidade em geral – desde início e/ou longo de vida (CERC Lisboa, 2013).

O **Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa (CTVAA)** surgiu em 1976 em Marvila (CERC Lisboa, 2012m) como espaço de apoio às Necessidades Educativas Especiais e prestação de Atividades Ocupacionais (CERC Lisboa, 2013), operando, atualmente, como equipamento principal da CERC Lisboa. O CTVAA presta apoio a 105 clientes o que exige uma maior oferta no âmbito de serviços, disponibilização de recursos (materiais e humanos), e partilha de espaço físico com outros serviços e respostas sociais (e.g.: Lar Residencial, Centro de Atendimento, Acompanhamento e Animação para Pessoas com Deficiência), além da integração de técnicos da equipa noutros projetos (internos e/ou externos à Organização). O CTVAA, excluindo o envolvimento exterior e os locais destinados às necessidades de vida diária básicas (embora relevantes como meio e desenvolvimento de outras atividades), possui um refeitório, um salão de convívio, seis salas de funcionamento heterogéneo de atividades ocupacionais, um ginásio, uma sala de fisioterapia, uma sala de *snoezelen*, uma sala de estimulação sensorial e *ateliers* para criação artística. De carácter mais estrutural, e também por observação e contactos diretos, apresenta ainda gabinetes de apoio e acompanhamento da equipa aos clientes e de gestão da Organização (Gabinete de Técnicas de Reabilitação Psicomotora, Psicologia, Administração, Direção, Direção Técnica). Complementarmente, como já supramencionado, dá lugar ao Gabinete de técnicos e responsáveis pelo Centro de Atendimento, Acompanhamento e Animação para Pessoas com Deficiência, e também ao espaço Lar Residencial.

### ***Centro de formação profissional.***

O Centro de Formação Profissional, construído em 1983 como *Centro de Apoio pelo Trabalho*, visava colmatar a lacuna encontrada pelos jovens na ausência de acompanhamento para a progressão para o mercado de trabalho (CERC Lisboa,

2013). Atualmente, fiel aos seus objetivos, intervém na formação de pré-competências e competências profissionais a jovens com DID, com idades iguais e/ou superiores aos 15 anos (CERCI Lisboa, 2012n).

Certificada e envolvida ativamente na sua formação, a CERCI Lisboa possui um papel de mediadora acedendo à *Medida de Qualificação de Pessoas com Deficiência e Incapacidades* do Instituto de Emprego e Formação Profissional [IEFP]; e, ao *Programa de Emprego e Apoio à Qualificação de Pessoas com Deficiências e Incapacidades* (PEAQPDI), devidamente qualificado e associado internamente ao Centro de Formação Profissional no âmbito de Centro de Recursos (CERCI Lisboa, 2012n). Distinguem-se, no caso da primeira medida, pela *Formação Profissional Inicial* ligada à aprendizagem de uma atividade profissional (CERCI Lisboa, 2012o), em que as ofertas formativas centram-se nos cursos de *Operador de acabamento de madeira e mobiliário*, *Cozinheiro*, *Estofador*, *Operador de jardinagem* e *Acompanhante de crianças* (CERCI Lisboa, 2012n). Particularmente, na segunda, proporcionam-se ações de formação dirigidas à *Informação, Avaliação e Orientação para a Qualificação e o Emprego*; o *Apoio à Colocação*; e, ainda, o *Acompanhamento Pós-Colocação* (CERCI Lisboa, 2012n).

Tal como os imprescindíveis apoio e acompanhamento nesta fase, foi também pertinente incidir nas restantes etapas de vida e, do mesmo modo, perceber as exigências encontradas para o aparecimento de outras respostas específicas.

### ***Intervenção precoce na infância.***

A Intervenção Precoce na Infância teve a sua origem no ano de 1997 atuando como resposta social a crianças dos 0 aos 6 anos de idade e também suas famílias, enquadrada no *Projeto Comunitário de Intervenção Precoce* – PCIP (CERCI Lisboa, 2012n; CERCI Lisboa, 2013). Desde meados de 2011/12 até à atualidade que coordena a Equipa Local de Intervenção (ELI) de Lisboa Oriental (CERCI Lisboa, 2012p; CERCI Lisboa, 2013), agindo em conformidade com Agrupamentos de Escolas (Santa Maria dos Olivais e Centros de Saúde Lisboa II) tendo em vista as metas preestabelecidas de acordo com o Sistema Nacional de Intervenção Precoce – SNIPI (CERCI Lisboa, 2012p). Tal como previsto, conta com a transdisciplinaridade de técnicos de variadas áreas de especialização como a Psicologia, Terapia da Fala, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Fisioterapia (CERCI Lisboa, 2012p).

À semelhança do serviço prestado anterior, surgiu também um outro que recorre de uma mesma necessidade encontrada no âmbito das escolas, que será dado a conhecer no ponto seguinte (Centro de Recursos para a Inclusão).

### ***Centro de recursos para a inclusão.***

No ano de 1998, nasceu uma nova resposta, o *Projeto de Parceria em Rede*, que tinha como compromisso apoiar os princípios da Escola Inclusiva, abandonando a concetualização da escola de ensino especial, e prestando serviços locais nas escolas regulares (CERCI Lisboa, 2013). Atualmente, com continuidade do trabalho em parceria com o Ministério da Educação, este projeto funciona como Centro de Recursos para a Inclusão (CERCI Lisboa, 2013) e incide nas idades escolares (CERCI Lisboa, 2012n). Beneficiam deste acompanhamento, como já referenciadas, escolas e toda a sua coletividade (e.g.: Agrupamentos de Escolas Bairro Padre Cruz, Laranjeiras, Fernando Pessoa, Luís de Camões, Marquesa de Aloma, Nuno Gonçalves, Patrício Prazeres, Piscinas, Santa Maria dos Olivais, D. Dinis e Vergílio Ferreira) e, especificamente, alunos com Necessidades Educativas Especiais (NEE) de carácter permanente integrados pelo Decreto-Lei 3/2008 (CERCI Lisboa, 2012q). Projeta-se num apoio personalizado de Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais e da Fala, Fisioterapeutas, Educadores, Assistentes Sociais e, ainda, Técnicos de Reabilitação Psicomotora, que potencializam competências e minimizam dificuldades em todas as áreas e contextos de vida numa visão biopsicossocial da criança (CERCI Lisboa, 2012q).

Outra valência que procura um acompanhamento contínuo é a do Lar Residencial, apresentada de seguida desde a sua origem até aos dias de hoje.

### ***Lar residencial.***

O Lar Residencial foi a resposta social que se seguiu ao atual chamado Centro de Recursos para a Inclusão, em 1999 com a abertura do novo espaço no equipamento CTVA, com a finalidade de se constituir como residência de um grupo de clientes a curto e a longo prazos (CERCI Lisboa, 2013). Com ingresso de clientes a partir dos 16 anos de idade (CERCI Lisboa, 2012n; CERCI Lisboa, 2012r) com condições de DID e/ou Multideficiência, atualmente tem capacidade para 20 indivíduos sujeitos a candidatura e a critérios de elegibilidade (CERCI Lisboa, 2012r), definidos pela legislação aplicável e em vigor (CERCI Lisboa, 2012s). Para a melhor compreensão do aspeto supramencionado, este será abordado sucintamente no capítulo do Enquadramento Legal (destinada a esta e às restantes valências, respostas sociais e serviços).

Os apoios fornecidos no Lar Residencial, diariamente com horário contínuo de 24h (incluindo fins de semana e feriados), viabilizam, além do treino de atividades de vida diária gerais (definidas como Atividades Instrumentais da Vida Quotidiana) e



Atividades Sócio-Culturais descritas anteriormente de acordo com as metas a atingir no seu Projeto de Vida, a maximização da independência do jovem-adulto/adulto quer fisicamente quer no âmbito da sua própria gestão de vida (CERCI Lisboa, 2012r).

***Centro de atendimento, acompanhamento e animação para pessoas com deficiência.***

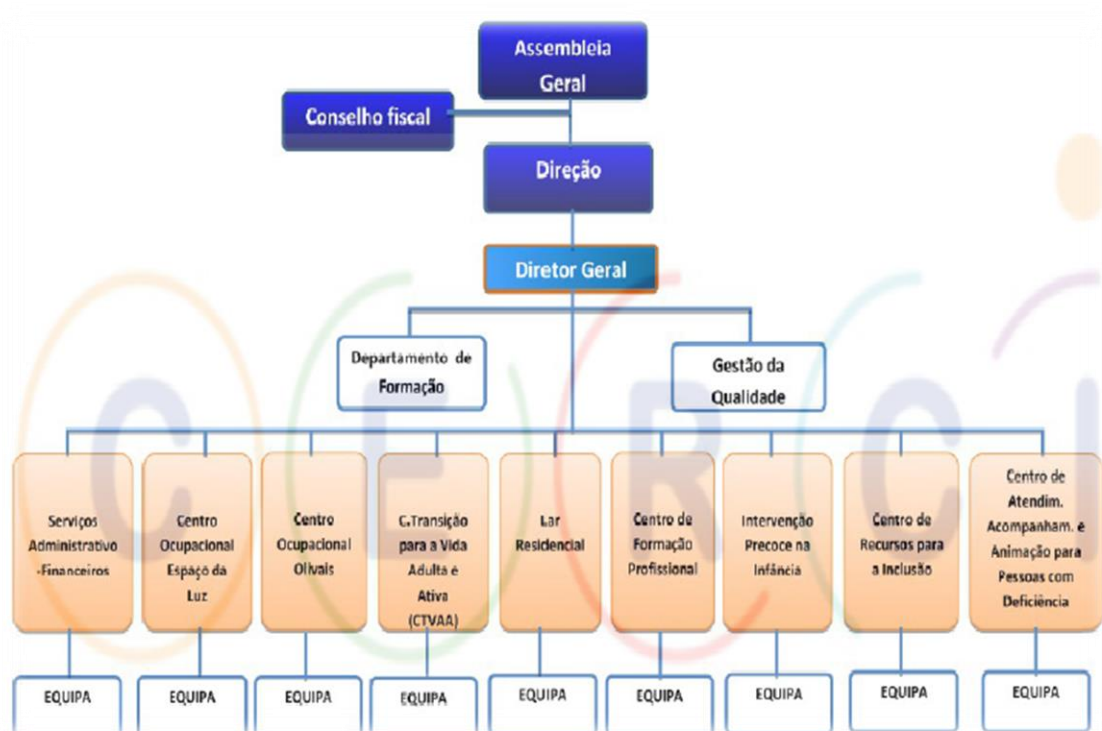
O Centro de Atendimento, Acompanhamento e Animação para Pessoas com Deficiência (CAAAPD), tradicionalmente reconhecido como *Núcleo de Atendimento e Acessibilidade* (NAACE), representa um serviço que interage com, da e para a comunidade exterior, através de um suporte altamente técnico e de especificidade social (CERCI Lisboa, 2013) a todas as faixas etárias (CERCI Lisboa, 2012n), incluindo famílias (CERCI Lisboa, 2012t).

De forma simplista, intervém em processos de orientação na resolução de situações-problema de âmbito social (inclusão, tomada de decisão, independência financeira, entre outros), tais como na informação, sensibilização e formação perante a temática da *Deficiência* e a desmistificação através dos seus direitos e deveres enquanto cidadãos comuns (CERCI Lisboa, 2012t). A oferta em vigor incide nos *Apoios Jurídico e Social* que beneficiam, para além das diretrizes já descritas, respostas articuladas com outros membros da sociedade adequadas ao perfil intraindividual do cliente (CERCI Lisboa, 2012t).

Após o conhecimento das Valências, Respostas Sociais e Serviços, é de extrema importância perceber como é realizada a sua gestão e a quem são atribuídas as responsabilizações do seu diverso leque formativo através do Organograma Funcional da instituição.

**1.2.2 Organograma funcional.**

Estruturalmente, a CERCI Lisboa organiza-se de forma hierárquica por um conjunto de órgãos, sociais e administrativos (Figura 1), que em constante trabalho de parceria interna desenvolvem toda a metodologia de intervenção (CERCI Lisboa, 2012f). Na Organização cada departamento é da responsabilidade dos colaboradores e profissionais da equipa destacada (áreas de diferentes especializações), e a Direção ao encargo das suas funções executiva e representativa (CERCI Lisboa, 2012f).



**Figura 1** – Organograma Funcional da CERCi Lisboa

No entanto, não é só relevante destacar o funcionamento ao nível estrutural como indicar e identificar os documentos orientadores que servem de pilar para a prática nos vários contextos.

#### *Documentos Estruturais*

Estes documentos guiam toda a intervenção e esclarecem os demais interessados da fundamentação e regularização das ações formativas praticadas (CERCi Lisboa, 2012l). O seu caráter formal descreve os princípios que deverão ser satisfeitos na íntegra mas também orientadores, tanto dirigidos aos clientes, como aos técnicos e aos pais/familiares (CERCi Lisboa, 2012l). Dos documentos estruturais fazem parte os *Estatutos*, a *Carta de Direitos e Deveres dos Clientes*, o *Código de Ética*, o *Plano Estratégico* trianual (neste caso, atual, 2014-2017), o *Plano de Atividades*, os *Relatórios de Atividades*, as *Políticas Organizacionais* e o *Regulamento Interno Geral* (CERCi Lisboa, 2012l).

A relevância da sua existência recomenda a sua consulta, primeiramente a qualquer intervenção na CERCi Lisboa, reforçando na variada documentação os ideais em que acreditam e a forma como a Organização opera, objetivando a uniformização da sua conduta (CERCi Lisboa, 2012l). A regulamentação dos princípios acima referidos é também impulsionada por outra dinâmica que não a

desenvolvida exclusivamente de forma interna, mas que envolvem outras entidades ou intervenientes (Colaboradores e Parceiros).

Os Colaboradores e Parceiros são parte integrante do compromisso da CERCI Lisboa no âmbito do valor *Responsabilidade Social*, visando a interação e comunicação entre interior e exterior, bem como a sensibilização para a participação conjunta a curto, médio e longo prazos (CERCI Lisboa, 2012h). A colaboração envolve o papel ativo de todos os intervenientes com um objetivo comum: *desenvolvimento social (...) para uma sociedade mais inclusiva, mais justa e mais social* (CERCI Lisboa, 2012h, p. 1). O envolvimento da Organização em cooperação contínua com a *Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Lisboa Oriental*, com o *Conselho Marvilense*, com o *Conselho Educativo de Marvila*, com o *Grupo Comunitário da Flamengo* e com o *Fórum Empresarial de Marvila* são exemplos que espelham esse trabalho (CERCI Lisboa, 2012i) e resultam no produto de conferências, ações de sensibilização e projetos (CERCI Lisboa, 2012j).

Igualmente, e apesar de muitos outros exemplos, importa destacar um em específico, o Complexo Desportivo Municipal Casal Vistoso, dada a sua importância terapêutica, especificamente por se tratar do meio físico de um dos contextos de intervenção psicomotora decorrentes do estágio.

## **1.2. Complexo Desportivo Municipal Casal Vistoso**

O Complexo Desportivo Municipal Casal Vistoso é composto por dois espaços: o Pavilhão Desportivo e a Piscina Municipal, funcionando esta entre as 8h-21h30 de 2ª a 6ª, das 8h-19h aos sábados, e das 9h-19h aos domingos e feriados. Importa salientar apenas a área física da piscina que serve de suporte para a intervenção em meio aquático, em simultâneo com os balneários masculino, feminino e adaptado onde a preparação para o início da atividade constituiu uma importante fase de intervenção no âmbito do treino da autonomia e manutenção de competências de higiene pessoal básica (abordada pormenorizadamente no tópico dirigido ao Contexto de Intervenção em Meio Aquático). De igual forma, salienta-se ainda o envolvimento físico da arrecadação, também no interior do espaço da piscina, com os recursos materiais quer de apoio ao trabalho de adaptação às competências natatórias, quer à existência de equipamentos de suporte e entrada para dentro de água quando necessários (e.g., elevador hidráulico). Na piscina, são disponibilizados materiais e equipamentos de apoio às aulas diversificados (e.g.: rolos, pranchas, entre outros). A piscina é utilizada todas as manhãs pelos clientes e técnicos do CTVAA, nas sessões de atividade em meio aquático.

No que concerne às infraestruturas, a piscina é constituída por 10 pistas com 1,20 metros de profundidade (Câmara Municipal de Lisboa, 2016), cuja observação diária permite inferir a temperatura da água a aproximadamente 28 graus, particularmente relevantes para fins terapêuticos (embora não somente com esse propósito), com a utilização exclusiva de uma pista para cada grupo de trabalho, como será detalhadamente descrito no capítulo reservado (Enquadramento Prático).

Para que a contextualização anterior do Enquadramento Institucional seja devidamente fundamentada, é imprescindível que seja apresentado o Enquadramento Legal no qual assenta as suas práticas acima explicitadas.

## **2. ENQUADRAMENTO LEGAL**

Este capítulo dá a conhecer a legislação-base na qual a instituição baseia os seus princípios éticos e morais, zelando pelos direitos da pessoa a quem presta serviço, e servindo assim esse propósito através do seu cumprimento de forma metódica e minuciosa – dada a extensão, apenas será apresentada uma breve descrição das mesmas (Tabela 1).

**Tabela 1** – Apresentação da legislação em vigor referente às valências, respostas sociais e serviços

<b>Legislação</b>	<b>Em vigor</b>	<b>Breve descrição</b>
<b>DL n.º 67/1998</b>	<i>Política de Confidencialidade</i> (CERCI Lisboa, 2012e).	Para efeitos de tratamento de dados pessoais, agindo pela base do respeito pela individualidade, privacidade e confiabilidade nos procedimentos (CERCI Lisboa, 2012e), vigora-se a sua consulta e utilização interna e, excecionalmente externa quando incitado por Entidades Estatais com análise exclusiva do requerido (CERCI Lisboa, 2012e). Nos demais casos, deverá ser providenciado o consentimento informado, livre e esclarecido (CERCI Lisboa, 2012e). Em ambas condições sujeitas a alterações ao abrigo do presente DL (CERCI Lisboa, 2012e), que não só esclarece a índole de dados pessoais como as suas variadas tipologias de tratamento, válidas e autorizadas, e ainda evidências de consequências do seu não cumprimento;
<b>DN n.º 281/2009</b>	<i>Intervenção Precoce na Infância</i> (CERCI Lisboa, 2012p)	Preconiza o funcionamento do SNIPI com a implementação o mais precoce possível através da agilização de recursos necessários à abrangência quer geográfica quer intraindividual de dificuldades existentes (NEE's), extinguindo e/ou minimizando barreiras ao desenvolvimento global (Diário da República, 2009). Visa, não só, a promoção da acessibilidade de oportunidades, participação e inclusão sociais de futuros jovens e jovens-adultos em todos os seus contextos de vida, como também, das suas famílias, ambos participantes ativos em todo o processo;

**Tabela 1 (cont).** Apresentação da legislação em vigor referente às valências, respostas sociais e serviços

<b>DL n.º 18/1989</b>		Proclama a promoção das atividades ocupacionais em detrimento da inclusão social e da impossibilidade de integrar medidas de emprego quer profissional quer protegido devido a características intraindividuais (condição/deficiência), no entanto mantendo o treino de competências, a interação com outros membros da comunidade, privilegiando sempre o papel ativo do indivíduo;
<b>DN n.º 52/1990</b>	Centros de Atividades Ocupacionais (CERCI Lisboa, 2012m)	Complementarmente ao DL anterior, a Secretaria de Estado da Segurança Social (1990) define o DN n.º 52/1990 que estabelece as condições de regulamentação dirigidas aos equipamentos que integram atividades ocupacionais, mais especificamente, em termos da própria organização e como esta é gerida relativamente aos clientes (ingresso, partilhações e/ou possíveis remunerações);
<b>Portaria n.º 432/2006</b>		Vogando os DL e DN supramencionados respeitantes aos CAO's, a Portaria n.º 432/2006 evidencia o desenvolvimento de atividades ocupacionais em infraestruturas diferenciadas da comunidade, não só exclusivamente adotadas por um único centro, através da implementação de atividades socialmente úteis, com a regulamentação necessária para o seu exercício e condições para os seus clientes admitidos;
<b>DL n.º 3/2008</b>	Centro de Recursos para a Inclusão (CERCI Lisboa, 2012q)	Defere a importância da educação inclusiva, no que concerne aos direitos de igualdade de oportunidades, acessibilidade de aprendizagens e recursos mobilizados para que o processo de aprendizagem seja regularizado para todas as crianças e jovens, acionando mecanismos e entidades responsáveis em caso de maiores necessidades – apoios especializados;
<b>DN n.º 28/2006</b>	Lar Residencial (CERCI Lisboa, 2012r)	Dá a conhecer a estruturação global dos equipamentos residenciais, com diretrizes orientadoras da prestação de apoios face às necessidades da população com deficiência, maioritariamente em situações de vulnerabilidade, com os princípios de respeito à individualidade, funcionalidade e autonomia;

O prévio conhecimento do Enquadramento Legal torna-se tanto ou mais importante quando contextualizado à população-alvo a que nos dirigimos e, nesse sentido, o próximo capítulo a apresentar será o do Enquadramento teórico da População.

### **3. ENQUADRAMENTO POPULACIONAL**

O presente capítulo pretende enquadrar o público-alvo num quadro global, tanto quanto possível devido à sua heterogeneidade, de acordo com as principais evidências e características encontradas na literatura de referência.

A caracterização da população institucionalizada, sinalizada predominantemente com DID, é um dos focos de entendimento que antecede a prática interventiva pois depende do mesmo como guia de orientação, pelo que se esclarece, não só, as bases teóricas interligadas à evolução e definição do próprio conceito de DID (Mudança de Conceito; e, Conceito/Definição), mas também a compreensão de aspetos intrínsecos a esta condição como a sua prevalência e possíveis causas (Epidemiologia e Etiologia) e perfil global (Classificação e Características). Destaca-se ainda, extrinsecamente, a associação aos conceitos de Envelhecimento, Duplo Diagnóstico e Funcionalidade que têm ganho cada vez mais influência nos dias que decorrem.

#### **3.1. Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento**

A DID, outrora designada como Deficiência Mental, é a atual terminologia científica decorrente da necessidade de reconhecimento das reais características desta população (Morato e Santos, 2007; Santos e Morato, 2012a), minimizando-se as interpretações pejorativas ligadas ao conceito inicial (Morato e Santos, 2007; Santos e Morato, 2012a), percecionadas numa perspetiva ecológica de forma a promover o seu desenvolvimento a todos os níveis – funcionalidade (Schalock et al., 2007).

A compreensão da mudança de termos exige uma reflexão de causalidade, não tanto centrada numa perspetiva exclusivamente biológica mas direcionada à componente adaptativa (Morato e Santos, 2007). O próprio conceito de deficiência (vs. dificuldade) induz uma rotulação pouco positiva de imutabilidade e irreversibilidade, resultando no empobrecimento social (Morato e Santos, 2007). Inversamente, também a origem dos termos intelectual (vs. mental) e desenvolvimental possibilitam o alcance de uma maior clarificação/objetividade da condição desta população, particularmente, no diagnóstico (Morato e Santos, 2007; Santos e Morato, 2012a; Schalock et al., 2007). Neste âmbito, e para os mesmos autores, há a considerar a relevância da contextualização do envolvimento, pelo que o impacto da DID deixa de se centrar apenas no indivíduo e abarca o papel do ambiente social.

Assim, a mais recente definição da DID baseia-se no conceito do Comportamento Adaptativo (CA), como um dos alicerces para a intervenção a esta população, sendo por isso motivos explícitos ao aprofundamento desta temática. Para

Santos e Morato (2012c, p. 28), o CA é definido como “o conjunto de habilidades aprendidas ou adquiridas para desempenhar com sucesso aspetos e tarefas, no âmbito da independência, responsabilidade pessoal e social, que através de ajustamentos vários procura a adaptação às expetativas socioculturais e etárias vigentes, e que implicam o assumir do papel do membro ativo na comunidade onde o indivíduo se insere”. O CA implica, assim, a adoção de comportamentos ajustados aos valores da sociedade, pelo que se pretende a minimização ou eliminação de comportamentos socialmente indesejáveis, priorizando-se as atividades de vida diária com ênfase nas suas atuais competências “praticáveis”, em vez do enfoque exclusivo nas competências cognitivo-académicas (Santos e Morato, 2012c).

Na base deste constructo, estão subjacentes as necessárias *mudanças de atitudes, mentalidades e expetativas* no que concerne ao preconceito da população com DID (Santos e Morato, 2012a; Walsh et al., 2010). É um caminho para a inclusão que se pretende, e não o inverso aquando da rotulação (Santos e Morato, 2012a), com a projeção de uma melhoria na qualidade de vida (Morato e Santos, 2007) e de uma maior funcionalidade (Santos e Morato, 2012a).

A funcionalidade, atualmente, enquanto constructo alcança uma importância considerável e, por isso, não deve ser desvalorizada (Santos & Morato, 2012a; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2004). A OMS (2004) relaciona-a ao envolvimento em atividades e à participação propriamente dita na comunidade com os desajustamentos, respetivamente, encarados como limitações (à atividade) e restrições (à participação) expressos negativamente no desempenho e na capacidade de cumprir objetivos a nível singular e no seio social.

A funcionalidade reflete, contrariamente ao termo de *incapacidade*, a positividade da relação entre o agente ativo (indivíduo com DID) e as suas variáveis dependentes e independentes, caracterizadas pelos *fatores contextuais*, i.e., pertencentes ao seu meio envolvente e presentes em todos os seus contextos de vida (OMS, 2004). O papel que essa funcionalidade ocupa centra-se naquilo que é exigido, de certa forma, para qualquer outro membro da sociedade (sem a condição de DID), não existindo a sua subvalorização (Santos e Morato, 2012a). Para que isso possa acontecer, é providenciada a rede de apoios mais adequada consoante as necessidades do sujeito (Morato e Santos, 2007; Santos, 2010; Santos e Morato, 2012a) com a atenuação e até desaparecimento destas, conferindo a possibilidade de equidade em relação aos seus pares, não negligenciando desde logo os contextos onde se insere (Santos e Morato, 2002a).



Não só os conceitos de CA e funcionalidade têm um forte impacto nesta população, mas também o de Qualidade de Vida (QV), uma das metas primordiais a atingir. Aliada à concetualização de qualidade de vida, num sentido lato, está subentendida a funcionalidade humana interligada às convicções de vida plena (e.g., bem-estar, felicidade, inclusão social), cujo impacto se denota nos variados contextos (Schalock et al., 2002). Embora esteja intrínseco o grau de subjetividade, existe uma construção estruturada do conceito, não só ao nível individual mas também social – papel que ocupa na comunidade (Schalock, Verdugo, Bonham, Fantova e Loon, 2008b).

Reforça-se ainda o carácter universal e multidimensional da QV, abrangente à população em geral embora com distinto significado individualmente, i.e., diferindo consoante os elementos contextuais de cada um (Schalock et al., 2008a; Schalock et al., 2002). Com implicações práticas, este conceito pode ser melhor definido por domínios (Claes, Hove, Loon, Vandevelde e Schalock, 2012; Schalock et al., 2008a): desenvolvimento pessoal, autodeterminação, relações interpessoais, inclusão social, direitos e bens-estar emocional, físico e material.

Especificamente no contexto de estágio, a importância da QV destaca-se pela crescente aplicabilidade à população com DID através da sua mensuração tendo em conta a perceção da própria pessoa por via do autorrelato (Schalock et al., 2002; Simões e Santos, 2016). Por outro lado, e de acordo com Claes et al., (2012), a QV dos clientes tende a ser perspectivada pelos profissionais no seguimento dos seus próprios valores e ideais, negligenciando o processo de avaliação referente à QV pelos próprios indivíduos com DID.

Conceitos como os anteriores, guiam o conhecimento sobre a condição de DID complementando e intervindo na sua conceptualização.

### **3.1.1. Conceito/definição.**

A DID é, então, caracterizada por limitações intelectuais e adaptativas, concomitantes, significativamente abaixo da média, com repercussões ao nível das capacidades cognitivas, práticas e sociais, e cujo aparecimento e manifestação seja prévia aos 18 anos (Schalock et al., 2010; Schalock et al., 2007). Não sendo suficiente para a caracterizar na sua globalidade e complexidade, é necessário ter em conta outros pressupostos que envolvem a: contextualização de fatores envolvimentoais; as características específicas do sujeito; a existência não só de limitações mas também de competências; e, ainda, a disponibilidade de recursos/apoios tendo em vista a

autonomia e bem-estar do indivíduo, reforçando-se o foco numa vida funcional e com qualidade (Schalock et al., 2010).

### **3.1.2. Epidemiologia e etiologia.**

No que concerne à prevalência global, os valores nacionais (INE, 2002) apontam para 93.9% da população sem deficiência e, dentro dos 6.1% restantes, para os 0.7% de população com DID (INE, 2002). Na informação de 2007, o mesmo instituto apresenta valores para a população com deficiência de 636 059 (334 879/52.6% e 301 180/47.4% correspondentes, respetivamente, aos géneros masculino e feminino). De acordo com a mesma entidade a DID abrange 70 994 (11.2%), ainda que com valores diferenciados na atualidade e futuramente, reforça-se o impacto pronunciado que tem a nível nacional.

Por outro lado, os avanços médicos e tecnológicos têm assumido um papel importante no maior conhecimento etiológico (Schalock et al., 2010), ajudando a uma melhor compreensão da relação entre causas e estratégias (Harris, 2010; Santos e Morato, 2002), com impacto no âmbito dos cuidados (prevenção, aconselhamento genético, intervenção) e respetivo tratamento (Harris, 2010), auxiliando na tomada de decisões pessoais e familiares, provisão de apoios, entre outras.

No momento atual, parece não existir uma causa única para a DID, verificando-se uma abordagem causal multifatorial (Jacobson, Mulick e Rojahn, 2007; Schalock et al., 2010): fatores biomédicos, decorrentes dos processos biológicos (e.g.: alterações genético-cromossómicas); fatores sociais (e.g.: apoios, família); fatores comportamentais (e.g.: abuso de substâncias tóxicas por parte da mãe); e, fatores educacionais (e.g.: falta de apoios educacionais, entre outros). Estes fatores e de acordo com a sua ocorrência temporal podem ser classificados ainda em períodos pré-natal, antes do nascimento, perinatal, durante o parto, ou pós-natal, depois do nascimento (Schalock et al., 2010).

### **3.1.3. Classificação.**

Apesar das evoluções científicas e práticas a nível internacional, a classificação nacional da DID, com relevância ao nível da prestação de apoios (e.g.: recursos humanos e financeiros) ao abrigo da legislação mais recente (e.g.: Decreto-Lei n.º3/2008), ainda se encontra muito associada às severidades das dificuldades apresentadas (APA, 2013): ligeira, moderada, severa e profunda, apesar da compreensão da coexistência de limitações intelectuais e adaptativas (APA, 2013). No entanto, e na mais recente abordagem ecológica, baseada no paradigma de apoios e na participação social como direito, vários autores (e.g., Schalock et al., 2010;

Thompson et al., 2004; Thompson et al., 2009) relembram a necessidade de uma avaliação exclusivamente baseada nos fatores de inteligência, inovando e advogando uma classificação baseada nas necessidades de apoios individuais: apoios intermitentes, de carácter episódico e pontual em apenas determinados períodos de vida; apoios limitados, com uma intensidade constante em períodos críticos; apoios extensivos, com necessidade de uma prestação diária e em contextos específicos; e, por fim, apoios pervasivos ou permanentes.

No intuito de complementar conhecimentos, e apesar da heterogeneidade fenotípica, é apresentada de seguida uma síntese das principais características pelas quais é categorizada.

#### **3.1.4. Características.**

No âmbito das características da população com DID, embora variem de pessoa para pessoa (Santos, 2010), Fonseca (1995, p. 127) aponta as dificuldades ao nível da *atenção, memória, autorregulação, linguagem, desenvolvimento social e motivação*. Snell et al. (2009) realçam as dificuldades nos espectros cognitivo e de socialização, com especificidade para a tomada de decisão e a adequação da postura/atitude perante o expectável relativamente aos seus pares. Wehmeyer et al. (2008) reforçam também a influência (menos positiva) nos domínios do estabelecimento da relação.

Detalhadamente, as dificuldades cognitivas como o processamento de informação (Fonseca, 2001); as limitações em manter a atenção em atividades significativas, associadas aos processos de seleção e tratamento da informação pertinente (Schalock e Luckasson, 2004) e com dificuldades na capacidade de abstração e memorização (WHO, 2007); e, as limitações de autorregulação comportamental são algumas das características mais debatidas na literatura (Baker, 1984 e Whitman, 1990, cit in Fonseca, 1995).

No que concerne às funções executivas, as crianças com DID denotam um desempenho inferior ao nível da planificação de ações, com dificuldades de recurso a memória de trabalho (Danielsson, Henry, Messer e Rönnberg, 2012). Estas características conjugadas entre si e em contextos pouco estimulantes apresentam consequências menos positivas no desenvolvimento da capacidade de julgamento, tomada de decisões e resolução de problemas, repercutindo-se na aprendizagem (e.g., leitura, escrita e cálculo – Fonseca, 1995).

No domínio específico da comunicação, vários autores (e.g.: Van der Schuit, Segers, Van Balkom e Verhoeven, 2011) apontam para a existência de limitações ao nível das linguagens expressiva (e.g.: oral) e de compreensão, com um vocabulário

empobrecido. A baixa resistência à frustração e fácil desmotivação (Condillac, 2009; WHO, 2007) conjugada com os problemas articulatórios e de compreensão da fala, irão também restringir o desempenho individual no que toca ao ajustamento e interação social (Gerenser e Rehfeldt, 2009; Schlosser, Sigafos, Rothschild, Burke e Palace, 2009) e descodificação de comportamentos e atitudes (Jankowicz-Szymanska, Mikolajczyk e Wojtanowski, 2012), contribuindo para uma menor qualidade de vida (Condillac, 2009).

Do ponto de vista adaptativo, também são vários os autores que reportam maiores desajustamentos no comportamento e na funcionalidade diária (Santos e Morato, 2012a; Wuang, Wang, Huang e Su, 2008). Em estudos nacionais (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012c) os participantes com DID apresentavam diferenças estatísticas significativas ao nível das atividades domésticas, económica e pré-profissionais, evidenciando ainda menor capacidade de autonomia.

A funcionalidade adaptativa pode ser condicionada pelos fatores psicomotores associados que se podem traduzir em limitações na marcha e praxias (global e fina) (Zikl, Holoubková, Karásková e Veselíková, 2013), sendo alguns autores defensores da maior lentidão de desenvolvimento das pessoas com DID (Jankowicz-Szymanska et al., 2012; Santos e Morato, 2007). As dificuldades na tonicidade e equilíbrio podem comprometer todo o desenvolvimento psicomotor subsequente (lateralização, noção corporal, estruturação espaço-temporal) criando limitações ao nível das aprendizagens simbólicas, emocionais e de memória (Fonseca, 2010). A menor precisão motora (Fonseca, 2010) interferem diretamente na funcionalidade individual (Fonseca, 1995), implicada por vezes na disfuncionalidade do sujeito com DID em determinadas atividades de vida diária.

Em termos das características físicas, indivíduos com DID não apresentam diferenças significativas que os possam demarcar quando comparados com a restante população, nem mesmo entre si, especialmente tendo por base exclusivamente o funcionamento intelectual (Snell et al., 2009). Os autores sugerem ainda que o tipo de personalidade é tão comum e mutável quanto se possa encontrar entre indivíduos sem DID, apresentando tanto comportamentos ajustados como desajustados (e.g.: *passividade/impulsividade, agressividade e assertividade*). Snell et al. (2009) referem que estas características são ainda mais pronunciadas quando se revelam as exigências do meio envolvente/quotidiano, sem a disponibilidade de recursos que as contrariem.

Também outros fatores têm vindo a ser alvo do interesse da literatura relativamente ao conhecimento e caracterização aprofundados da DID, tais como o envelhecimento e o duplo diagnóstico, cujos papel e influência serão demonstrados seguidamente.

### **3.1.5. Envelhecimento.**

A compreensão do envelhecimento da população com DID é uma tarefa ainda recente e complexa, que resulta do aumento da esperança média de vida destes indivíduos (Peirats e Burgos, 2010) que agora tende a situar-se, nos casos de menores necessidades de apoio, entre os 60/70 anos (Strydom et al., 2009). Este aumento nem sempre está associado a uma maior qualidade de vida pelo que a intervenção psicomotora pode assumir-se como um eventual apoio nesta área (Valente, Santos e Morato, 2012). No entanto, ainda se verifica que os programas para este subgrupo populacional ainda se encontram fragmentados (Luty e Cooper, 2006), i.e., sem uma rede de apoio conexa e sólida de áreas diferenciadas de intervenção, verificando-se a necessidade de repensar a provisão dos apoios e dos serviços (Acquilano, Davidson e Janicki, 2007).

No âmbito das pessoas com DID, constata-se o declínio adaptativo com especial incidência a partir dos 40 anos (Head, Silverman, Patterson e Lottt, 2012), salientando-se a tendência para o aparecimento precoce de demência em alguns casos particulares de DID (e.g.: Trissomia 21). Os gerontes com DID vivenciam os mesmos comprometimentos do que a restante população, resultante do processo de envelhecimento não patológico (Acquilano et al., 2007) apesar de, tal como referido anteriormente, tenderem a ser mais rápidos (Doody et al., 2011) e a associarem-se às limitações já existentes e características da DID. Os problemas de saúde precoces e atípicos (e.g.: questões cardiovasculares e neurológicos, diabetes), o sedentarismo, a falta de atividade física, a obesidade, a institucionalização, e entre outros, constituem fatores de risco em todas mas especificamente nesta população (Navas et al., 2014).

De forma resumida e a nível físico (Peirats e Burgos, 2010) observam-se as mesmas características do que os pares típicos (e.g.: rugas, perda de cabelos, pouca elasticidade da pele), com a existência de mais malformações no paladar e erosão dos dentes, verificando-se a lentificação e fiabilidade das funções imunológicas e metabólicas, a diminuição da frequência cardíaca, problemas respiratórios, artrites, aumento da pressão arterial, e entre outras. A epilepsia e demência são identificadas com uma frequência superior (cinco vezes mais nas pessoas com DID do que na população em geral - Lindsay, 2011). A morte dos prestadores de cuidados primários

(e.g.: pais ou parentes próximos) e a institucionalização também apresentam consequências ao nível da QV dos gerontes com DID (Peirats e Burgos, 2010).

No que toca às competências psicomotoras (Fonseca, 2010; Michel, Soppelsa e Albaret, 2011), observam-se maiores dificuldades ao nível do equilíbrio (estático e dinâmico) e uma capacidade reduzida ao nível das mobilizações articulares dos membros, o que poderá influenciar a maior tendência para quedas e fraturas (Carmeli, Zinger-Vaknin, Morad e Merrick, 2005), com impacto negativo na mobilidade global do sujeito (Lindsay, 2011). A partir dos 45 anos são observadas maiores dificuldades na praxia fina em indivíduos com DID; na noção corporal (Ayaso-Maneiro, Dominguez-Prado e Garcia-Soidan, 2014); na manutenção da atenção na tarefa e na discriminação/seleção de estímulos relevantes (Costalat et al., 2002); nas memórias perceptiva e verbal resultantes da degeneração neuronal significativa, i.e., perda de ligações neuronais (Burt et al., 2005); na estruturação espaço-temporal, constatando-se uma desorientação no espaço e no tempo (Evans, 2012); e, na compreensão da linguagem verbal (Havemann et al., 2009). Também limitações sensoriais e percecionais (espaço e profundidade – Cox, Clemson, Standliffe, Durvasula e Sherrington, 2010); as restrições físicas; os efeitos da farmacologia crónica (Lindsay, 2011); a falta de estimulação e a superproteção (Santos, 2010) são outros fatores a que se deverá atentar e que faz repensar a atuação do Psicomotricista nesta etapa de vida.

Associado ao envelhecimento, surge também o Duplo Diagnóstico característico do avançar da idade e que tem também impacto na vivência diária das pessoas com DID.

### **3.1.6. Duplo diagnóstico e farmacologia.**

Decorrente da mais recente investigação, verifica-se a elevada prevalência de problemas do foro da saúde mental (APA, 2013) associados à DID, sendo nestes casos muito importante o correto diagnóstico para que se possa identificar todos estes problemas. Apenas recentemente a investigação se tem debruçado sobre este tema, dada a ideia generalizada das limitações irreversíveis e irrecuperáveis das pessoas com DID, associadas às dificuldades de linguagem e de autoperceção que restringem o correto listar de características por parte destes sujeitos e o que influencia o não-diagnóstico de condições psiquiátricas por parte dos médicos (Barnhill e McNelis, 2012; Szymanski, 1994).

Apenas agora e derivado do reconhecimento do direito das pessoas com “dualidade de diagnóstico” a um tratamento adequado, verifica-se também a

necessidade de profissionais especializados na DID (Szymanski, 1994), baseando-se não apenas no autorrelato mas também na observação direta de comportamentos e sintomas de um quadro psicopatológico e/ou na viabilidade de uma fonte secundária (e.g.: os prestadores de cuidados - Barnhill e McNelis, 2012).

Neste âmbito, estudos têm reportado que pessoas com DID e com baixos níveis adaptativos apresentam uma taxa de comportamentos desafiantes superiores (Felce, Kerr e Hastings, 2009). No entanto e tal como abordado anteriormente, há que refletir sobre a interação de diversos fatores no aparecimento de uma perturbação psiquiátrica, sendo a sua comorbilidade com a DID ainda pouco conhecida (Morgan, Leonard, Bourke e Jablensky, 2008), apesar de algumas evidências de maior frequência do delírio, demência, ansiedade e depressão nas populações com DID (e.g.: Lindsay, 2011).

Ainda neste sentido, e no que concerne ao tratamento é ainda habitual a terapia farmacológica sem se considerarem os eventuais efeitos secundários do próprio medicamento e do prolongamento temporal da sua administração (Szymanski, 1994), o que a torna uma temática controversa.

Aspetos como os anteriores revelam, mais que uma preocupação na sinalização de um diagnóstico mais completo, o conhecimento extra que deve ser tido em conta para a eficácia da intervenção e, conseqüentemente, para a promoção da funcionalidade.

### **3.2. Correlação das características da DID com os casos observados no CTVA**

Na prática, em contextos grupais, quando traçado um perfil global dos casos contactados, a dificuldade na autorregulação quer emocional quer comportamental referenciada por diversos autores (e.g.: Fonseca, 1995) é das mais predominantes, na medida que o confronto com situações-problema e/ou desafiantes são diárias, não tendo por vezes as ferramentas internas necessárias à sua resolução de forma autónoma. O mesmo é evidente nas condutas de socialização que Snell et al. (2009) esclarecem, pois o facto de essa gestão não ser feita pelo próprio influencia depois a forma como se relaciona com o Outro.

Comummente, num quadro psicomotor grupal, a tonicidade corporal e a equilíbrio são os fatores que mais influência e impacto têm na execução de ações, reforçado por Fonseca (2010) e por Michel, Soppelsa e Albaret (2011), especificamente observáveis em contexto institucional de atividades (e.g.: Intervenção em Meio Aquático) mesmo em clientes considerados autónomos.

Também característico, e cada vez mais, é o envelhecimento acentuado dos grupos de trabalho que acarretam novos desafios e a necessidade de novas, melhoradas e adequadas metodologias de intervenção, como estipulam os autores Luty e Cooper (2006) e também Acquiliano, Davidson e Janicki (2007). É objetivado, através do papel da intervenção psicomotora a minimização dos efeitos que já por si são predispostos fatores de risco (Navas et al., 2014). A prática interventiva deve também atuar, na globalidade, nas questões da manutenção da atenção por um período de tempo razoável que decresce exponencialmente nesta etapa de vida, com especificidade para a população com DID (Costtalat et al., 2002) como é observado com elevada frequência.

Sumarizando, as características supramencionadas são as que em grupo se destacam pela homogeneidade global ainda que, individualmente, sejam heterogêneas de cliente para cliente; e, mesmo outras características a poder evidenciar-se com mais expressão do que as anteriores referidas.

Também o Enquadramento Teórico seguinte esclarece a forma como é feita a intervenção institucional no âmbito da RACP na área da Reabilitação Psicomotora.



## **4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

O Enquadramento Teórico que se segue, por um lado, complementa a revisão literária do capítulo anterior (Enquadramento Populacional) e, por outro, dá a conhecer a componente teórica que está na base da intervenção específica desempenhada no RACP (Enquadramento Prático), abordando-se os assuntos mais pertinentes inerentes a toda a planificação da intervenção psicomotora.

### **4.1. A Intervenção Psicomotora**

A Intervenção Psicomotora fundamenta-se na Psicomotricidade, ciência estruturada em diversas áreas do conhecimento, com características multidimensionais (multidisciplinar, multiexperiencial e multicontextual), através duma abordagem relacional entre o campo da motricidade (expressa de forma corporal) e o funcionamento dos processos mentais, definido pelo processamento de componentes cognitivas associadas a aspetos afetivo-emocionais e contextualizados nos diferentes ambientes onde o sujeito se insere (Fonseca, 2001, 2004, 2010). Pretende desenvolver as competências psicomotoras e funcionais através do movimento (Fonseca, 2001, 2004, 2010), e centra-se no indivíduo como um todo e nas interações entre corpo e envolvimento (Valente, Santos, e Morato, 2011).

A intervenção psicomotora caracteriza-se por ser multidisciplinar, multiexperiencial (da prática ao longo da vida) e multicontextual, que se baseia numa abordagem ecológica do sujeito, em permanente interação entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais (Fonseca, 2004), favorecendo a diferenciação e a adaptabilidade na variabilidade do envolvimento (Martins, 2001). Desta forma e para o mesmo autor, a intervenção psicomotora procura potencializar a capacidade de comunicação para o estabelecimento de relações, e Valente et al., (2011) acrescentam o desenvolvimento das competências psicomotoras, cognitivas e afetivas visando adaptação ao meio (i.e.: o CA). Desta forma, se explica que os programas de intervenção psicomotora se baseiem na organização psicomotora e condutas cognitivas e afetivo-sociais (Fonseca, 2004).

Na relação entre indivíduo e psicomotricista devem ser considerados o espaço onde decorre a sessão, a sua estruturação temporal (vs. capacidade de manutenção de atenção do cliente), a utilização de materiais e objetos num ambiente contendor e securizante (Martins, 2001). O objetivo da intervenção psicomotora não se espelha no rendimento motor, mas no lidar com o próprio corpo, como instrumento que age sobre o envolvimento e com os outros (Valente et al., 2011).

Ao nível do estágio, e de acordo com a APP (2011) a intervenção psicomotora concretizada assumiu uma perspetiva preventiva/educativa, apostando no desenvolvimento pessoal e na funcionalidade diária; reeducativa, derivada das dificuldades existentes; e, terapêutica com o foco na adaptabilidade social.

Apesar da extensa teorização das componentes da intervenção psicomotora/Psicomotricidade – instrumental (exploração sensoriomotora baseada nos objetos com resolução de situações-problema – Martins, 2001) e relacional (mais centrada na relação entre cliente e psicomotricista – Costa, 2008), salienta-se a brevidade com que são apresentadas devido à real aplicabilidade na população com DID sendo ambas relevantes nos mais diversos contextos e planeamentos/programas de intervenção. Desta forma, procurou-se criar um espaço de confiança, estabelecendo-se objetivos exequíveis, funcionais e pertinentes onde se deu relevo à relação, mas se procurou também dinamizar situações de resolução de problemas e conflitos através de jogos espontâneos e padronizados, incidindo no lúdico e no dinamismo, pela primazia no sentimento de competência.

É com esta ideia de funcionalidade, comportamento adaptativo e qualidade de vida que a intervenção psicomotora surge como um dos eventuais apoios a oferecer às populações com DID para a sua participação social e autodeterminação (Valente et al., 2011). Deste modo, a intervenção da estagiária passou por aumentar progressivamente o tempo de permanência na tarefa, a autorregulação comportamental, a estimulação das competências de comunicação e sociais, e entre outros. Foi essencialmente fomentada a capacidade relacional, através da frequente interação entre clientes pela cooperação, interajuda e trabalho de equipa, fulcrais no treino do respeito pelo Outro. A simultaneidade de vários objetivos numa atividade é o que a torna rica na dinâmica e incentivo à motivação dos clientes; tal como a progressiva complexidade que ainda assim adaptada aos clientes, só lhes permite a evolução invés da estagnação de atividades do mesmo nível.

A intervenção deverá ser feita o mais cedo possível e em domínios diversificados (Santos, 2010) e no âmbito da reabilitação/reeducação, é relevante a identificação e sinalização das características (Fonseca, 2001), indicando as competências (áreas fortes) e dificuldades (áreas menos fortes), com redes de apoio formais e informais e, ainda, facilitar a adaptação ao envolvimento (Santos, 2010). Para que as respostas às exigências do envolvimento sejam o mais eficazes possível, a intervenção deve considerar a idade cronológica dos indivíduos com DID, de forma a não deteriorar a interação com o envolvimento e minimizando a possível rejeição e discriminação pelos seus pares (Santos, 2010). Para a mesma autora, o

estabelecimento de *rotinas*, a intervenção em contexto natural, a *análise* e *significação* de tarefas permitem uma prática adequada e o mais plena possível.

Por último, e não menos importante, realça-se o peso da avaliação nesta área específica como um dos processos fundamentais à intervenção do técnico de reabilitação psicomotora.

#### **4.1.1. Importância do Processo de Avaliar**

Antes da intervenção psicomotora propriamente dita há que avaliar para se identificar as áreas fortes e menos fortes de cada sujeito a fim da tomada de decisão – e.g.: planeamento (Teles, Ribeiro e Ferreira, 2012), pelo que a avaliação é um dos momentos mais importantes a que o psicomotricista deve prestar uma particular atenção (Pitteri, 2004). Para este autor, a avaliação psicomotora, focando-se nos fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção corporal, estruturação espaço-temporal e praxias global e fina) atenta ainda nas suas interação e repercussão nas expressões comportamental e atitudinal, estabelecendo-se o perfil psicomotor individual.

A avaliação psicomotora pode basear-se na observação, na entrevista e/ou na aplicação de testes específicos e validados (Godall e Hospital, 2004), registando-se as reações emocionais, as comunicações verbal e não-verbal (Albaret, 2003). A construção do plano de vida dos clientes do CTVA resulta então das informações recolhidas pelas avaliações realizadas pelos diferentes técnicos especializados para posteriormente, serem integradas num projeto terapêutico individualizado (Albaret, 2003).

A definição de objetivos, a hierarquização dos domínios a estimular, a avaliação ao longo da intervenção (Pitteri, 2004), a implementação de atividades significativas e significantes com validade ecológica concorrem para a melhoria da funcionalidade e da participação social (Schalock et al., 2010). De acordo com a idade cronológica e tendo em consideração as expetativas e desejos dos clientes e das suas famílias, foram alguns dos principais cuidados a que a estagiária dedicou particular atenção. A equipa do CTVA tem também por hábito reunir com a família e com os clientes para perspetivar em conjunto uma situação ótima para o próprio, pondo em prática a sua Missão, Valores e Visão nas quais assentam um rigoroso processo de formalização.

Após devidamente enquadrada a teoria segue a sua contextualização na forma interventiva (Enquadramento Prático), envolvendo os constructos enunciados pela ação direta do técnico de reabilitação psicomotora num quadro de organização institucional.

## **5. ENQUADRAMENTO PRÁTICO**

O presente capítulo é relativo a todas as vivências e experiências que representam o trabalho realizado na instituição CERC Lisboa (CTVAA) pela estagiária, evidenciando o funcionamento e organização desde o início até ao término do estágio do RACP. Especificamente, apresentam-se os subcapítulos da Prática Institucional (planificação horária e ação participativa em atividades), os Contextos de Intervenção Específicos (Intervenção Psicomotora em Atividade Motora e em Meio Aquático) e o Estudo-Caso (acompanhamento dos processos de avaliação e intervenção a um cliente).

### **5.1. Etapas da Prática Institucional**

No âmbito da prática psicomotora, é relevante apresentar os horários e a calendarização das atividades, tal como a rotina institucional na qual a estagiária também participa (o registo de outros momentos do dia-a-dia que não devem ser subvalorizados) como o acompanhamento a clientes nos períodos de refeição (e.g.: almoço no refeitório e lanches nas salas) e de balneário (e.g.: preparação para as atividades em meio aquático e ginásio), e também o contacto com técnicos e colaboradores do CTVAA em situações mais formais (e.g.: reuniões). É, ainda, de salientar que a prática envolveu inicialmente um período de acolhimento e adaptação, que também passaram pela observação e conhecimento da dinâmica da instituição. Posteriormente, com a finalidade de otimizar e criar condições favoráveis seguiu-se a intervenção autónoma “supervisionada”. Foram estas as fases que delinearam o processo de aprendizagem da estagiária no envolvimento institucional, seguindo-se segundo a mesma ordem a explicitação da rotina inicial.

A planificação semanal/diária ficou estabelecida nas primeiras duas semanas, apesar da primeira semana ter sido em tempo parcial e sem horário fixo e apesar de na segunda semana já haver um horário estabelecido, verificaram-se algumas alterações à medida que escolhidos os contextos e grupos de intervenção de interesse (e.g.: futuro estudo-caso).

A delineação inicial da planificação semanal/diária coincidiu também com o período de acolhimento/adaptação, já mencionado, e ainda com a 1.<sup>a</sup> Etapa (Observação e Observação Participada), ambos caracterizados como etapas de experimentação, integração e de criação de relações vinculativas entre a estagiária e os jovens/clientes (em contexto de atividade e enquanto dinâmica de Centro). Nas restantes fases (Intervenção Orientada e Autónoma) Etapas, é apresentado o processo progressivo de conhecimento da dinâmica das atividades e dos

objetivos/metodologias de trabalho, cada vez menos pormenorizados, mais globais e sucintos devido ao avanço do tempo na instituição. Denota-se que a evolução é acompanhada simultaneamente à descrição das diferentes fases, iniciando-se com a entrada da estagiária.

#### **5.1.1. Período de acolhimento/adaptação.**

O estágio teve início no dia 13 de outubro de 2014 sendo a primeira semana definida com horário entre as 9h30'/12h00' (período da manhã) nos dias 13, 15 e 16 com a atividade em meio aquático e reunião com a Diretora Técnica do CTVAA. Nos restantes dias da semana (14 e 17) foi atribuído o horário da tarde (14h00' às 16h00'), com observação em contexto de atividade motora em ginásio.

Por um lado, privilegiou-se a observação nos contextos de intervenção específicos tendo por base a intervenção psicomotora, orientada por duas Técnicas Superiores de Educação Especial e Reabilitação (TSEER), com o intuito de familiarizar, desde logo, a estagiária do trabalho realizado e a realizar. Por outro lado, a reunião com a Diretora Técnica do CTVAA teve como finalidade dar a conhecer a instituição quer em termos de infraestruturas, quer em termos organizacionais e de funcionamento como entidade autenticada, assente em ideais certificados e de elevado rigor.

A receção enquanto período de acolhimento e adaptação ficou marcada pela apresentação da base da pirâmide, sendo necessário conhecer os outros níveis que também a sustentam e que prosseguiram as semanas seguintes. A primeira etapa, essencialmente de observação e de observação participada com alternância dos papéis passivo e ativo da estagiária, é a primeira a ser evidenciada.

#### **5.1.2. 1.ª Etapa (observação e observação participada).**

A primeira etapa centrada essencialmente na observação, possibilitou o conhecimento dos contextos anteriormente referidos (aprofundamento) como de outras áreas (Terapia Ocupacional, Formações em Música e Expressão Artística) e atividades sem contacto prévio. Nesse sentido, assumiu-se o horário completo (9h30'/16h00'), à exceção de apenas um período da manhã.

Nesta fase, a observação exclusiva no período da manhã consistia maioritariamente na intervenção em meio aquático e, por isso, o acompanhamento de uma das atividades/sessões mais relevantes. Por outro lado, no horário da tarde existia uma panóplia de atividades que decorriam simultaneamente e em que os clientes participam tendo em conta os seus interesses e expetativas.

Neste caso específico, foi privilegiada principalmente a observação participada tendo em conta a interação com os clientes em dinâmica de trabalho de sala (desenho e pintura, manipulação com tecidos, recorte e pasta de papel, construção de objetos para venda e/ou exposição com a maioritária utilização de materiais reciclados, e entre outros). A sessão de Movimento foi também um foco de interesse, da responsabilidade de uma das Terapeutas Ocupacionais, com intuito de promover, de forma dinâmica com música e com materiais, movimentos e posturas associados e necessários a certas atividades de vida diária (e.g.: carregar e puxar sacos de compras, “amassar” a massa, pôr cremes nas mãos, entre outros).

Ainda, integrada no planeamento de atividade motora, para além das sessões em ginásio, são realizadas caminhadas dentro e fora do envolvimento da instituição, ainda que normalmente concretizada no espaço físico do CTVAA. As exceções deste domínio incidem nas condições climatéricas, quando o permitem, e/ou dependendo também dos grupos de trabalho e dos seus objetivos.

Apesar da continuidade de conhecimento e aprofundamento das atividades em Centro, de forma regular, o papel ativo da estagiária foca-se nos contextos de intervenção específicos e, conseqüentemente, dando origem à intervenção propriamente dita da técnica. Decorrente desta ação evolutiva, foi categorizada a 2.<sup>a</sup> Etapa como a de Intervenção Orientada, conhecida de seguida.

### **5.1.3. 2.<sup>a</sup> Etapa (intervenção orientada).**

A Intervenção Orientada, antes de mais, deverá ser definida de forma a diferenciar esta fase da anterior e da seguinte, caracterizando-se pela participação total nas sessões dos contextos de intervenção específicos, estando sujeita a aprovação e consentimento prévio de planeamentos estruturados destinados a cada área (Atividade Motora Adaptada e Meio Aquático). As propostas apresentadas são previamente revistas pelas responsáveis de orientação local (TSEERs), e adequadas de acordo com a pertinência interventiva da área, mesmo no decorrer da sessão se necessária.

Os planeamentos de sessão foram apresentados semanalmente com os respetivos relatórios, de forma a guiar o processo de intervenção com rigor para que os objetivos gerais e específicos de trabalho pudessem ser potencializados tendo em conta a diversidade e dinâmica de atividades. Promove-se, mais que a participação nas sessões planeadas pelas orientadoras, a iniciativa de propor novos desafios e tarefas que suscitem o interesse e motivação dos jovens, jovens-adultos e adultos na sua participação ativa.

A intervenção orientada foi feita noutros contextos, nomeadamente em tarefas complementares às atividades específicas (balneário, refeitório, salão de convívio), normalmente, instruídas para o aprofundamento de todos os papéis que os técnicos possam desempenhar pela transdisciplinaridade quer de funções quer da equipa técnica, quando as circunstâncias assim o exigem.

Similarmente, de forma progressiva, é adotada a terceira etapa, diferindo essencialmente na cada vez menor necessidade de orientação pelas aprendizagens apreendidas, como será explicitada.

#### **5.1.4. 3.ª Etapa (intervenção autónoma).**

A terceira e última etapa, ainda que partilhando semelhanças com a anterior, distingue-se pela pro-atividade acrescida da estagiária, acompanhada pela liberdade de autonomia na resolução de situações-problema, quer nos contextos de intervenção específicos quer noutros contextos do Centro. De forma a enquadrar melhor, elaborou-se um horário que transparece a rotina diária da técnica na instituição, com a participação plena (dentro do possível) nas atividades referidas (Figura 2).

De acordo com o horário apresentado, foi possível conhecer momentos de rotina, normalmente subvalorizados, que contribuíram para o aumento de interação entre técnicos-clientes e, conseqüentemente, para o fomento de uma relação vinculativa de confiança. Tais momentos são os do *Período de acolhimento/Visita às salas*, os de *Apoio no refeitório* e também os de *Convívio no Salão*; para além do apoio nas atividades de vida diária subjacentes ao despir/vestir e até mesmo apoio no banho nos balneários, prévio às Atividades Motora Adaptada e em Meio Aquático.

Outra função, ainda não referida em nenhum tópico, é a do registo de *Presenças e Avaliação dos Objetivos Específicos* que permitiu o controlo no âmbito da frequência nas sessões dos contextos de intervenção específicos, e também na avaliação das *performances* individuais dos clientes nas sessões grupais. A avaliação foi feita mediante os objetivos específicos, delineados no plano habilitativo trianual pertencente ao Projeto de Vida de cada cliente, com a atribuição de +, +/- e -, respetivamente, pelo cumprimento com assertividade, pelo exclusivo cumprimento ou pelo não cumprimento de todo das atividades propostas. No final do ano letivo é concretizada a análise somatória dos mesmos, procedendo a alterações de maior ou menor intensidade de apoios (remodelação dos objetivos específicos) caso exista necessidade ou, caso se preveja a manutenção exclusiva de competências, mantendo-se os mesmos até nova análise (ano letivo seguinte e/ou renovação do plano habilitativo trianual).

	SEGUNDA-FEIRA	TERÇA-FEIRA	QUARTA-FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA-FEIRA
09H10' 09H40'	Período de acolhimento/Visita às salas		Período de acolhimento/Visita às salas		
09H40' 12H00'	Intervenção AMA  Grupo1 CA MC CV CA PP  Grupo2 HE PA AR MT		Intervenção AMA  Grupo3 LC JP FD AF MA	Intervenção AMA  Grupo4 CA FP TV AM AF RM JP MR JS JG MT	Intervenção AMA  Grupo5 EN AS FM JF AR PM MC AR MP SR  Grupo6 AF CM AP LF FD
12H00' 13H00'	Apoio no refeitório  Convívio no Salão		Apoio no refeitório  Convívio no Salão		
13H00' 14H00'	Hora de almoço		Hora de Almoço		
14H00' 15H00'	Intervenção AM  Caminh.1 PJ RG RF LN JP HC		Intervenção AM  Grupo2 CM LF AF MC JV CV MR LN AS EA MC RB AV		
15H00' 16H00'	Funcia. PJ	Grupo1 FM AP CA JV	Grupo3 CM LC IJ EN FD HE FP JS MC FC LS RS RG	Caminh.3 CM CA LC RB HC  Caminh.4 CM AF PM MT JG AF AR	Grupo5 NV MT TV CA MP RM JF PM RN MG AF AS AR PM PA MR CM  Caminh.5 MR LS AF MC SR MC FC AS AP AV MA  Funcia. PJ
16H00' 16H45'	Presenças e Avaliação dos Objetivos Específicos		Presenças e Avaliação dos Objetivos Específicos		

**Figura 2** – Horário-tipo da estagiária no Estágio de RACP

Relativamente aos contextos de intervenção específicos, é possível observar diferentes grupos dentro de uma mesma atividade (horários coincidentes), com sessões a decorrer simultaneamente orientadas tanto por uma técnica como por um monitor auxiliar, nas quais a estagiária se integra também como responsável nesta etapa (intervenção autónoma, ainda que mantendo a planificação e os relatórios).

Ainda, é importante salientar que o horário apresentado sofreu modificações, particularmente aquando da existência de outros eventos preestabelecidos no início do ano letivo (e.g.: calendarização de atividades desportivas), como será apresentado tópico destinado a Outras Atividades.

A intervenção psicomotora realizada pela estagiária no CTVA foi essencialmente em dois contextos distintos: através das sessões de Atividade Motora (AM) e de Atividade em Meio Aquático (AMA), recreativas e de lazer, centradas no



acompanhamento e apoio no âmbito quer da funcionalidade quer da qualidade de vida dos clientes.

## **5.2. Contextos de Intervenção Específicos**

Os Contextos de Intervenção Específicos, enquadrados neste Relatório do RACP, são caracterizados pela prática institucional da intervenção psicomotora, nomeadamente, em contextos interno – ambiente físico do ginásio e envolvente do CTVAA – e externo – acordo protocolar com o Complexo Desportivo do Casal Vistoso, particularmente com o usufruo do espaço da piscina e seus recursos materiais.

Similarmente, ainda que com objetivos específicos diferentes, quer a Intervenção em AM quer a Intervenção em AMA procuram promover a funcionalidade global do indivíduo, estimulando a sua autonomia nos vários domínios de vida pela participação o mais plena possível com um papel ativo.

Em termos de especificidade, serão abordados individualmente, destacando primeiramente o trabalho de intervenção em Atividade Motora e, posteriormente, a prática interventiva em Meio Aquático.

### **5.2.1. Intervenção em atividade motora.**

A intervenção em AM integra, não só, a Atividade Motora Adaptada decorrente das sessões concretizadas no espaço físico do ginásio, mas também a Caminhada, situada tanto no espaço circundante ao mesmo como no envolvimento exterior ao centro (espaços verdes da instituição e/ou no ambiente de urbanização), quando possibilitadas as condições atmosféricas. Objetiva-se, em ambas pelo maioritário envelhecimento dos grupos (mais eminente na população especial pelo ritmo acelerado do processo), o retardamento da perda de competências essencialmente motoras, contrariando-o pelo treino de movimentos funcionais necessários à execução de atividades diárias básicas. No entanto, é relevante aprofundar e explicitar o trabalho desenvolvido e característico de cada uma destas, sendo a própria tipologia de sessão diferente (momentos de sessões diferenciados).

As sessões da Atividade Motora Adaptada são grupais, caracterizadas por integrar um elevado número de clientes nos grupos mais autónomos (até 18) e, contrariamente, um menor número (mínimo quatro clientes) mais dependentes (visíveis aquando da apresentação do horário da estagiária – Figura 2). Independentemente da heterogeneidade dos grupos de trabalho, tanto do género masculino como feminino e com características intraindividuais, existe uma planificação global dos momentos de sessão e das atividades que são comuns a todos, ainda que focado no grupo do cliente do Estudo-Caso (LC), procedendo-se às

adequações necessárias através da diferenciação na intensidade de apoios aplicada pelos técnicos e auxiliares durante a intervenção (apoios mínimo, moderado e total de carácter verbal e/ou físico). Ainda, relativamente aos planeamentos supramencionados são realizados semanalmente, de sessão a sessão para que exista uma continuidade do trabalho assente nos objetivos específicos traçados, com a variabilidade de atividades e materiais utilizados e, sempre que possível, com a progressiva complexificação da tarefa no sentido de promover o treino e a evolução e, não só, a manutenção de competências (estabilização). Acompanhando conjuntamente os planeamentos de sessão, com atividades de ritmos diferenciados tendo em conta os momentos de sessão pretendidos (diálogo inicial, desenvolvimento e retorno à calma), encontram-se também os seus relatórios com a nomeação de aspetos-chave das tarefas e exercícios, particularmente relacionadas com as adequações e as observações globais do grupo e específicas do LC. Ambos encontram-se disponíveis para consulta, ainda que só os exemplares em Anexos 1 e 2, respetivamente, planeamento e relatório de sessão no contexto específico da Atividade Motora Adaptada, que no seu todo guiam e orientam o processo do Estudo-Caso apresentado.

No que concerne à Atividade de Caminhada, o procedimento anterior não é aplicado pois a escolha de percursos está dependente de fatores externos e imediatos (condições atmosféricas, ocupação sobrelotada do ginásio, entre outros). Independentemente, os estímulos exteriores não têm um impacto significativo pelo que as competências estipuladas para a caminhada são sempre de fácil execução/adaptação/improvisação quaisquer que sejam as condições sujeitas. Isto é, mesmo na tipologia de trabalho mais funcional como subir/descer escadas, evitar obstáculos, entre outros; e/ou, mais de rendimento físico com aumento do ritmo da passada, são de fácil manipulação quer no exterior quer no interior do CTVA. Todavia, assentes nos pressupostos da Caminhada destinada aos clientes menos autónomos, estimula-se também diferentes capacidades, tais como aquelas inerentes à socialização, como um contacto mais frequente com estímulos externos “não em ambientes controlados” com a adequação de posturas e atitudes, e também a interação com a comunidade em geral.

Ainda, salienta-se, para além do reforço da funcionalidade sempre presente, a promoção dos bem-estar físico e bem-estar psicológico determinantes para a qualidade de vida do indivíduo, foco primordial nas atividades anteriores mas também na próxima a apresentar (Intervenção em Meio Aquático).

### **5.2.2. Intervenção em meio aquático.**

A intervenção em Meio Aquático beneficia dos apoios protocolares que a Organização estabelece com outras entidades, como já expresso, e tem lugar na piscina do Complexo Desportivo do Casal Vistoso onde a água é o mediador terapêutico neste contexto de intervenção específico pelas propriedades que apresenta.

Complementarmente aos objetivos anteriormente apresentados, por um lado também pertinentemente aplicados a esta atividade pelos quais também privilegiam a funcionalidade (casos menos independentes); e, por outro que incentivam à aquisição/aperfeiçoamento de competências natatórias específicas (casos mais independentes). Salienta-se ainda um objetivo mais terapêutico, associado ao bem-estar e ao relaxamento corporal/tónico.

Em relação aos procedimentos adotados, novamente, se reforça a planificação atempada de atividades análogas a todos os grupos, adequando-se a intensidade de apoios pela definição diferenciada dos tipos de recursos a utilizar (humanos e/ou materiais), por vezes, distintos mesmo dentro destes e de um mesmo grupo (e.g.: recursos materiais com ilhas, pranchas, rolo, pesos, arcos, entre outros).

Também da responsabilidade das técnicas da área de intervenção psicomotora, como na Atividade Motora, são seguidos os mesmos princípios orientadores quer da gestão dos planeamentos e relatórios de sessão (Anexos 3 e 4) quer de organização de grupos de acordo com as necessidades e competências. Assim, importa centrar o foco na especificidade do trabalho desempenhado dentro e não fora de água.

A sessão em meio aquático inicia-se sempre com o aquecimento dentro de água, instruído e demonstrado (com a diminuição da instrução verbal e dos reforços após a sua integração), com o trabalho simultâneo inicial tanto dos membros superiores como dos inferiores. De seguida, são realizados exercícios que envolvam o controlo da respiração e/ou emersão que antecede, tal como o aquecimento global motor, a preparação para a exigência e aumento de intensidade de ritmo aquando do momento de Desenvolvimento. Neste, são propostos exercícios de piscinas em estilos diferentes de natação (livres, bruços, costas e *crawl*) de acordo com a pertinência e continuidade do trabalho em sessões e, ainda, momentos de preparação para torneios (saídas inter-centros – e.g.: *Nada Lá*). O momento final, de retorno à calma, é feito com a alternância entre atividades mais lúdicas e/ou de relaxamento, estimulando essencialmente um momento de interação menos competitivo e harmonioso entre pares (promoção de competências de socialização).

De forma mais preponderante, comparativamente à Atividade Motora, é de extrema relevância reforçar os momentos de balneário que, não contabilizando para o tempo efetivo da sessão dentro de água, tem um impacto significativo nas questões de autonomia e funcionalidade e tornando-se um tempo fulcral para o seu treino. Também estas por vezes são condicionantes dos atrasos e, por isso, adaptadas as atividades em termos de gestão de tempo. Ainda, é relevante mencionar que o número variável de clientes entre grupos, tendo em conta o mesmo princípio de homogeneidade (treino de funcionalidade e/ou treino de rendimento), poderá ir também dos 4 aos 12, de ambos os géneros.

Antes de introduzir o próximo tópico, é relevante dar a conhecer que tanto as sessões de Intervenção em AM (Atividade Motora Adaptada, Caminhada) e em AMA eram realizadas sempre com a estagiária e/ou técnica, não sendo relevante apresentar um número de sessões previstas e/ou realizadas pela extensão e exaustividade na sua explicação mesmo que descritiva. De realçar que as sessões apenas não eram da sua responsabilidade aquando da coincidência de horários (Caminhada e Intervenção AM), o que contribuiu para uma experiência ainda mais enriquecedora do ponto de vista prático.

Descritas globalmente as sessões-tipo de ambos os contextos de intervenção específicos dirigidas a todos os grupos e clientes (expostos no horário da estagiária – Figura 2), estes passam a ter ainda mais importância aquando de um trabalho individualizado de um para um como é o caso do Estudo-Caso apresentado seguidamente.

### **5.3. Estudo-caso**

O presente Estudo-Caso consiste no acompanhamento do cliente LC em todo o seu desenvolvimento no âmbito institucional da CERCI Lisboa (CTVAA), nomeadamente nos contextos de intervenção específicos da Atividade Motora (Atividade Motora Adaptada e Caminhada) e da Atividade em Meio Aquático, ambos com bases teórica e prática na intervenção psicomotora.

É importante salientar que o Estudo-Caso apresentado é da total responsabilidade da estagiária e técnica de reabilitação psicomotora, ainda que supervisionada pelas TSEER locais, que dirige autonomamente a prática interventiva já conhecida nos subcapítulos anteriores.

Para uma melhor compreensão global, quer do cliente quer do trabalho realizado, são apresentados a Contextualização, evidenciando as principais características intraindividuais e envolvimento do LC; o Processo de Intervenção, definido com o conhecimento orientador da teoria e da prática (primeiramente

avaliação inicial); o Processo de Avaliação, decorrente de toda a estruturação das avaliações inicial e final; e, por fim, as Considerações Finais, refletindo sobre todos os processos anteriores e aspetos relevantes.

Inicia-se com a Contextualização de forma a enquadrar primeiramente o cliente e, posteriormente, todos os processos relacionados com o mesmo.

### **5.3.1. Contextualização.**

De seguida são sintetizados os aspetos-chave da Anamnese do LC, consultados através do seu processo individual mediante o pedido de consentimento prévio, que influenciam o modo de atuar da estagiária em termos terapêuticos, altamente especializado e individualizado.

O LC é um indivíduo do género masculino com 41 anos de idade, de naturalidade e residência atual em Lisboa alternada entre o Lar Residencial (resposta social) e a irmã com quem vive juntamente com a sobrinha adolescente. Possui uma dinâmica familiar estável, com um nível socioeconómico médio, e com proximidade com os elementos parentais ainda vivos.

No que diz respeito ao historial clínico, inicialmente sinalizado com um diagnóstico não aferido fundamentado no seu processo como “nenhuma causa ou condição aos níveis biológico e/ou fisiológico explica a sua condição apenas se referencia o impacto ao nível desenvolvimental”, inferido com um “atraso no desenvolvimento global”. Já com o diagnóstico referenciado como DID, teve um quadro clínico de epilepsia ainda que estabilizado em jovem com medicação, já não administrada. Atualmente, a única farmacologia que toma é para efeitos de estabilização de humor e controlo comportamental.

Institucionalmente, deu entrada no CTVA no ano de 1993, onde beneficia das respostas sociais/serviços de Atividades Ocupacionais e Lar-Residencial e onde permanece atualmente por meio de deslocação das carrinhas da CERC Lisboa (transporte casa-centro e centro-casa).

Em termos de aspetos relevantes, a nível sensorial apresenta um défice visual caracterizado por miopia, estigmatismo e ausência de glândula lacrimal que, no entanto, são corrigidos quer pelo uso de óculos graduados quer pela colocação de lágrimas artificiais. No âmbito motor, apresenta desequilíbrios associados à dificuldade de locomoção, com os apoios de suporte localizados quase exclusivamente na ponta dos pés (“anda em bicos dos pés”). Em relação à comunicação, a linguagem falada apenas é concretizada por palavras simples e verbalizadas aquando do seu interesse pessoal, ligado principalmente a atividades de vida diária (e.g.: casa de banho, limpeza dos óculos) e/ou prazerosas (e.g.: café, pequeno-almoço); e, a comunicação

não-verbal muito predominante relativamente ao que deveria ser expectável (substituição da verbal). Ainda, é importante salientar apesar das dificuldades na expressão verbal que o LC mantém a compreensão intacta, evidenciando-se nas respostas sim/não aquando do questionamento direto.

Os interesses observáveis e demonstráveis pelo LC são o rádio portátil que traz consigo e que cuidadosamente guarda entre os seus pertences, exibindo-o frequentemente aos técnicos, mostrando dessa forma o seu agrado por música, o que também é utilizado pelas técnicas e auxiliares de sala como reforço positivo. O mesmo acontece com os reforços do café, das refeições e até mesmo de incentivos afetivos para que uma tarefa seja mais facilmente aceite.

Nesse sentido, para que esse trabalho seja o mais completo possível, é relevante proceder primeiramente ao planeamento de avaliação que determinará tanto as áreas fortes como as menos fortes, ambas focos de interesse prioritário. Assim, será seguidamente apresentado o processo de avaliação, juntamente com a explicitação das suas componentes.

### **5.3.2. Processo de avaliação.**

Tal como referido anteriormente, a estagiária procedeu a várias observações, inicialmente informais, no início do estágio, o que permitiu para além de se integrar no funcionamento da instituição, o estabelecimento de relação empática com os clientes e técnicos, e um maior conhecimento dos clientes (capacidades, dificuldades e preferências) e, em especial, do LC – estudo de caso. De acordo com o plano de vida do LC, procedeu-se à seleção da escala de comportamento adaptativo (ECAP). A avaliação adaptativa do estudo de caso foi feita em dois momentos distintos e sempre com o mesmo instrumento, pelo que em seguida será apresentado o instrumento utilizado, os resultados obtidos nos dois momentos de avaliação, bem como a sua discussão com a elaboração do respetivo programa psicomotor (objetivos gerais e específicos e atividades).

#### ***Instrumento.***

No processo de avaliação dos clientes com quem a estagiária interveio foi aplicada a versão Portuguesa da Escala de Comportamento Adaptativo (ECAP), validada e padronizada à população portuguesa com DID (Santos, Morato e Luckasson, 2014).

A ECAP tem como objetivo avaliar a capacidade de adaptação do indivíduo, que se reflete no ajustamento social e na independência pessoal e comunitária, tendo em conta o contexto onde está inserido, estando associado as áreas prioritárias do quotidiano. Permite a identificação das áreas fortes e menos fortes, possibilitando a

elaboração de um plano habilitativo individualizado e pertinente, bem como o acompanhamento e a avaliação da evolução do sujeito (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012e; Santos et al., 2014).

A ECAP destina-se a pessoas com e sem DID, com idades entre os 6 e os 60 anos (Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012a; Santos et al., 2014). Está dividida em duas partes, sendo a primeira referente às Competências de Independência Pessoal divididas em 10 domínios: Autonomia, Desenvolvimento Físico, Atividade Económica, Desenvolvimento da Linguagem, Números e Tempo, Atividade Doméstica, Atividade Pré-Profissional, Personalidade, Responsabilidade e Socialização, e a segunda aos Comportamentos Desviantes constituída por 8 domínios: Comportamento Social, Conformidade, Merecedor de Confiança, Comportamento Estereotipado e Hiperativo, Comportamento Sexual, Comportamento Auto-abusivo, Ajustamento Social e Comportamento Interpessoal com Perturbações (Santos e Morato, 2002; Santos, 2014; Santos e Morato, 2012b; Santos e Morato, 2012e; Santos, et al., 2014).

A escala apresenta ainda cinco fatores que resultam da relação entre os vários os domínios (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012b; Santos e Morato, 2012e; Santos, et al., 2014): Autossuficiência pessoal (autonomia e desenvolvimento físico), Autossuficiência na comunidade (autonomia, atividade económica, desenvolvimentos da linguagem, números e tempo, atividade pré-profissional e atividade doméstica), Responsabilidade Pessoal e Social (atividade pré-profissional, personalidade, responsabilidade e socialização), Ajustamento Pessoal (comportamentos estereotipado e hiperativo, sexual, auto abusivo, interpessoal perturbado), e Ajustamento Social (comportamento social, conformidade, merecedor de confiança, comportamento interpessoal perturbado).

De acordo com os mesmos autores, a ECAP deve ser preenchida por observação direta ou por terceiros em contacto direto com o sujeito, de forma a fornecerem informação pertinente e deve ser aplicada por um profissional devidamente treinado. Deve ser considerada como um instrumento complementar na avaliação do indivíduo, tendo em conta o seu contexto sociocultural. No que concerne à cotação na parte I os itens são quantificados ou por uma escala de complexidade crescente (valor mais alto = maior autonomia) e por respostas sim/não; na parte II a cotação refere-se à frequência do comportamento: 0 (nunca), 1 (ocasionalmente) e 2 (frequentemente), sendo 0 o valor otimal (Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012e).

A interpretação dos resultados da ECAP pode ser realizada através dos domínios ou fatores, cuja pontuação bruta é convertida para valores médios e percentis, possibilitando a classificação funcional (de fraco a muito bom) (Santos e Morato, 2002; Santos, 2014; Santos e Morato, 2012b; Santos e Morato, 2012e; Santos, et al., 2014).

Do ponto de vista psicométrico os vários estudos nacionais comprovam a sua fiabilidade, com valores de consistência interna entre .80 e .97 e de teste reteste entre .46 e .96, validade de conteúdo com o acordo entre os vários peritos, correlações moderadas a fortes entre os diferentes domínios e permitindo a diferenciação entre a população com e sem DID (Santos, 2014; Santos, et al., 2014).

A relevância do conhecimento aprofundado do instrumento de avaliação permite a eficiência da sua aplicação, também de extrema importância aquando dos procedimentos a adotar.

### ***Procedimentos.***

Neste ponto são conhecidos os procedimentos, quer éticos quer de aplicação, que regulamentam o processo de avaliação (avaliações inicial e final) e validam os resultados obtidos através da minimização possível de erros e/ou falha humana.

De salientar que as avaliações inicial e final são da responsabilidade, por um lado da equipa técnica da CERCI Lisboa e, por outro, da estagiária pelo que apenas se poderá evidenciar os procedimentos da avaliação final.

Inicialmente são esclarecidos os procedimentos éticos, e todas as suas etapas desempenhadas com o rigor característico do modo de atuar da instituição.

### ***Procedimentos éticos.***

Na base dos procedimentos éticos é sempre necessária a formalização do pedido de autorização, neste caso específico, para a realização quer do Estudo-Caso quer do acesso e consulta de informação e dados de confidencialidade presentes em arquivo (ao abrigo da *Política de Confidencialidade* – Enquadramento Legal).

O Consentimento Informado, Livre e Esclarecido é o documento oficial que solicita a participação ao responsável legal e tutor do cliente, comunicando a proposta do Estudo-Caso para fins meramente académicos. Este foi elaborado pela própria instituição como política da Organização, por um protótipo de fácil preenchimento (Anexo 5), posteriormente aceite.

A sua aprovação imediata possibilitou, desde logo, o início do trabalho com o LC e, conseqüentemente, uma maior continuidade da intervenção, tornando-a mais concisa, coerente e eficaz.



Após evidenciados os procedimentos éticos sujeitos, é importante conhecer as condições inerentes à aplicação da ECAP.

*Procedimentos de aplicação.*

Os procedimentos de aplicação englobam as avaliações inicial e final, reforçando novamente que ambas da responsabilidade de entidades distintas pelo que o esclarecimento aprofundado apenas poderá ser feito no âmbito da avaliação final. Todavia, em concordância com as condições apresentadas na caracterização do instrumento, ambas as aplicações foram baseadas na observação direta de comportamentos nos vários contextos de vida (contextos de intervenção específicos, de trabalho de sala e de AVDs).

A avaliação inicial com o preenchimento da ECAP por parte da equipa técnica (psicóloga responsável, gestora do Projeto de Vida – TSEER/orientadora local, e responsável legal e tutora do cliente) é datada do início do mês de dezembro de 2014, em contexto de reunião formalizada, para a posterior análise da necessidade de alteração ou não do plano habilitativo trianual. Com base nos resultados da ECAP (avaliação inicial) anteriormente aplicada pela equipa identificaram-se quais as áreas fortes e as áreas a promover, definindo-se os objetivos a desenvolver ao longo do processo de intervenção psicomotora.

Os procedimentos de aplicação englobaram as avaliações inicial e final, baseadas na observação direta dos comportamentos nos vários contextos de vida (contextos de intervenção específicos, de trabalho de sala e de AVDs). A avaliação final, da responsabilidade exclusiva da estagiária foi concretizada seis meses após o início da intervenção (finais de maio 2015), com o intuito de averiguar a evolução do LC. Especificamente, ainda em relação à avaliação final, foi privilegiada a observação direta nos contextos de intervenção específicos (Atividade Motora Adaptada e Atividade em Meio Aquático) relativamente às competências relacionadas com os domínios da primeira parte de *Desenvolvimento Físico, Personalidade e Socialização*; e, com os domínios da segunda parte de *Comportamento Social, Conformidade, Comportamento Estereotipado e Hiperactivo, Ajustamento Social e Comportamento Interpessoal Perturbado*. Relacionados, embora não diretamente, foram também tidos em conta os comportamentos tidos em sessão nos domínios da primeira parte do *Desenvolvimento da Linguagem, Números e Tempo e Atividade Pré-Profissional*.

Os restantes domínios, quer da primeira quer da segunda partes, foram observados no envolvimento institucional em que participa, nomeadamente, em sala (trabalho específico de recorte, pintura, colagem, entre outras tarefas instruídas) e em contextos de atividades de vida diária (refeitório, balneário, salão de convívio e entre

outros). Contudo, também alguns parâmetros foram questionados aos técnicos de referência pois, e.g.: o conhecimento de atividades domésticas específicas não são atividades observáveis no CTVAA, apenas passíveis de se realizar no envolvimento casa, e não sendo por isso do conhecimento comum da estagiária.

As condições de aplicação de ambas as avaliações foram procedidas em contexto grupal, ainda que o foco individual no LC fosse o de interesse neste Estudo-Caso, durante um período prolongado de tempo devido à diversidade de itens a avaliar. De modo facilitador, também as atividades planeadas em vários momentos e com objetivos diferenciados, não exclusivamente associados a um único momento de avaliação, e com recurso a materiais diversificados pertencentes ao ginásio e à piscina (pois a ECAP não prevê a especificidade de materiais), foram uma mais-valia para a dinâmica pretendida.

Ao longo do processo de avaliação e intervenção a estagiária dedicou especial atenção às estratégias para promover a cooperação e motivar o interesse do cliente, destacando-se a demonstração, a análise de tarefas, o fornecimento de apoios verbal e físico e os reforços e incentivos positivos constantes. Tais condições proporcionaram um ambiente ótimo de avaliação, com a adaptação e improvisação de circunstâncias sempre que se demonstrou ser necessário no decorrer das sessões.

Procedente à avaliação inicial é proposto o processo de intervenção que vai delinear toda a prática, apesar da ocorrência frequente de adaptações para atingir determinadas metas.

### **5.3.3. Processo de intervenção.**

Após a análise das informações recolhidas e dos resultados da avaliação inicial foi possível perceber quais as áreas a promover pelo que se estabeleceu um programa de intervenção psicomotora. Neste englobam-se a definição de objetivos gerais e específicos, nos quais resultam objetivos que analisados de sessão a sessão permitem a sua monitorização.

A finalidade do processo de intervenção é complementar o trabalho já realizado, dando continuidade à prática institucional na orientação da estagiária pelo Plano Individual de Intervenção do Cliente (Anexo 6), trienal 2014-16 da responsabilidade da Organização, constando as informações gerais do LC; os aspetos mais relevantes que possam interferir quer positivamente quer negativamente no processo interventivo; as necessidades, potenciais e expectativas, resultantes da avaliação inicial; e, por último, os objetivos gerais para cada contexto de intervenção que frequente (incluindo os de interesse de Atividade Motora e Meio Aquático).

Inicia-se desta forma com a apresentação dos objetivos gerais definidos pela estagiária, em concordância com ambos os documentos anteriores (avaliação inicial e plano individual de intervenção do cliente).

### ***Definição de Objetivos Gerais***

Assente na avaliação inicial da ECAP, com a análise pormenorizada quer quantitativamente quer qualitativamente, são sinalizadas as áreas fortes e menos fortes, expressas em termos de domínios como pode ser observado mais à frente na tabela 2. Assim destaca-se assertivamente o domínio Desenvolvimento Físico da primeira parte e os domínios da segunda (Comportamentos Estereotipado e Hiperativo, Sexual e Autoabusivo). Em oposição os domínios da Atividade Económica, do Desenvolvimento da Linguagem, dos Números e Tempo, da Atividade Pré-Profissional, da Personalidade, da Responsabilidade e do Comportamento Social representam áreas de prioridade de estabelecimento de objetivos gerais de intervenção.

Esquemmatizando, os objetivos gerais propostos pela instituição foram:

- Manter a funcionalidade a um nível geral;
- Manter as autonomias diárias; e,
- Manter a sua ação e interesse no desenvolvimento das atividades estritamente ocupacionais.

Analisando globalmente, a estagiária propôs ainda o acrescento de outros, seguindo o princípio da exequibilidade da sua monitorização tal e qual como foram definidos os primeiros pela CERCI, complementando-os também tendo por base a avaliação inicial obtida:

- Desenvolvimento da Linguagem Falada; e,
- Promoção de Competências Sociais.

Sumarizando, os objetivos acima mencionados são abrangentes, pelo que não informam as condições que deverão ser cumpridas (tipos e intensidade de apoios), durante o decorrer da prática de intervenção psicomotora, mas apenas as áreas em que se deverão incidir outros objetivos. Desta forma, são referidos os objetivos específicos e operacionais propostos na intervenção psicomotora, somente em contextos de Atividade Motora e Atividade em Meio Aquático, avaliados diariamente pela estagiária de sessão a sessão, com um acompanhamento de acordo com o funcionamento e estrutura da Organização.

### ***Definição de Objetivos Específicos e Operacionais.***

A definição de objetivos específicos foi baseada nos objetivos gerais aplicados aos contextos de intervenção específicos, ainda que considerados globais e não especificados aquando da apresentação posterior de objetivos a cumprir sessão a sessão (objetivos operacionais), discriminados para cada área e fundamentados num panorama real face às competências, dificuldades e necessidades do LC.

#### ***Objetivos Específicos.***

- Estimular a manutenção de competências de mobilidade, necessárias às atividades de vida diária;
- Proporcionar momentos de expressão oral, com *transfer* para todos os contextos de vida;
- Fomentar a criação de relações interpessoais, no âmbito da interajuda e cooperação, dentro dos contextos de intervenção específicos.

#### ***Objetivos Operacionais.***

- Realizar a maioria das atividades propostas através de instrução verbal e demonstração, recorrendo aos apoios verbal moderado e físico mínimo, sem quebras prolongadas de mais de 10 minutos (Atividade Motora);
- Realizar a maioria das atividades propostas através de instrução verbal e demonstração, recorrendo aos apoios verbal mínimo e físico moderado, sem sair de dentro de água (Meio Aquático).

De salientar que ainda que nem todos os objetivos estejam explícitos anteriormente de sessão para sessão, todas as actividades planeadas têm a promoção da expressão oral, a estimulação da interação relacional entre pares e técnicos e outros objetivos que se tornem prioritários durante o decorrer da intervenção, seguindo os princípios da funcionalidade e qualidade de vida do/s cliente/s.

Seguidamente serão apresentados os resultados obtidos que dão uma visão mais clara e objetiva do tipo de atividades que deverão ser concretizadas.

### **5.3.4. Apresentação e análise de resultados.**

O presente subtópico incide na apresentação e análise dos resultados obtidos no processo de avaliação ao LC, sendo os mesmos representados quantitativamente (tabela 2) e qualitativamente. Na avaliação final, procedeu-se a uma comparação entre

as duas avaliações, para se conseguir perceber a evolução (ou não) do LC e aferir a eficácia da intervenção psicomotora concretizada.

**Tabela 2** – Apresentação dos resultados obtidos referentes à Primeira Parte da ECAP

<b>Domínio</b>	<b>Subdomínio</b>	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Cotação máxima</b>	<b>Avaliação final</b>
<b>Autonomia</b>	Alimentação	<b>18</b>	22	<b>18</b>
	Utilização da casa de banho	<b>12</b>	12	<b>11</b>
	Higiene	<b>10</b>	23	<b>11</b>
	Aparência	<b>6</b>	15	<b>8</b>
	Cuidados com o vestuário	<b>2</b>	8	<b>3</b>
	Vestir e despir	<b>11</b>	18	<b>12</b>
	Deslocação	<b>1</b>	16	<b>1</b>
	Outros itens de Autonomia	<b>1</b>	16	<b>1</b>
	<b>Total</b>	<b>61</b>	130	<b>65</b>
	<b>Percentil</b>	<b>37</b>	<b>MÉDIA</b>	<b>37</b>
<b>Desenvolvimento Físico</b>	Desenvolvimento Sensorial	5	<b>6</b>	5
	Desenvolvimento Motor	24	<b>32</b>	26
	<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>38</b>	<b>31</b>
	<b>Percentil</b>	<b>&gt;99</b>	<b>MÉDIA</b>	<b>&gt;99</b>
<b>Atividade Económica</b>	Planeia e Utiliza Dinheiro	?		0
	<b>Total</b>	?	<b>30</b>	6
	<b>Percentil</b>	?	<b>AB. MÉDIA</b>	<b>9</b>
<b>Desenvolvimento da Linguagem</b>	Desenvolvimento da Linguagem	7	18	7
	Expressão	0	11	0
	Compreensão Verbal	1	8	1
	Linguagem Social	3	13	4
	<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>50</b>	<b>12</b>
	<b>Percentil</b>	<b>9</b>	<b>AB. MÉDIA</b>	
<b>Números e Tempo</b>	<b>Total</b>	1	20	3
	<b>Percentil</b>	<b>16</b>	<b>AB. MÉDIA</b>	<b>25</b>
<b>Atividade Doméstica</b>	Limpeza	0	10	0
	Cozinha	3	9	3
	Outros Deveres Domésticos	0	6	0
	<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>25</b>	<b>3</b>
	<b>Percentil</b>	<b>25</b>	<b>MÉDIA</b>	<b>25</b>
<b>Atividade Pré-Profissional</b>	<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>3</b>
	<b>Percentil</b>	<b>25</b>	<b>MÉDIA</b>	<b>25</b>
<b>Personalidade</b>	Iniciativa	2	<b>11</b>	2
	Perseverança	1	<b>12</b>	2
	<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>23</b>	<b>4</b>
	<b>Percentil</b>	<b>5</b>	<b>FRACO / AB. MÉDIA</b>	<b>9</b>
<b>Responsabilidade</b>	<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>4</b>
	<b>Percentil</b>	<b>16</b>	<b>AB. MÉDIA / MÉDIA</b>	<b>37</b>
<b>Socialização</b>	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>27</b>	<b>14</b>
	<b>Percentil</b>	<b>25</b>	<b>MÉDIA</b>	<b>37</b>

### *I. AUTONOMIA*

No domínio da *Autonomia* o LC obteve um ligeiro aumento da cotação bruta de 61 para 65 das avaliações inicial para a final, indicando globalmente uma melhoria na

independência relativa às competências de autonomia, essencialmente de vida diária básica.

Analisando mais aprofundadamente essa diferenciação na pontuação relativamente ao processo de avaliação, destacam-se os subdomínios da *Aparência* com diferença de cotação de dois pontos (6-8); e, os da *Utilização da Casa de Banho* (12-11), da *Higiene* (10-11), dos *Cuidados com o Vestuário* (2-3) e do *Vestir e Despir* (11-12), com diferença de apenas um ponto. Os restantes subdomínios da *Alimentação* (18-18), *Deslocação* (1-1) e *Outros Itens de Autonomia* (1-1) mantêm-se com a mesma pontuação. São notórias as cotações acrescidas na avaliação final nos subdomínios da *Aparência*, da *Higiene*, dos *Cuidados com o Vestuário* e do *Vestir e Despir*, contrariamente ao subdomínio da *Utilização da Casa de Banho* em decréscimo.

Globalmente o cliente não apresenta dificuldades significativas no domínio da *Autonomia*, no entanto especificamente destacam-se pontos diferenciadores entre os subdomínios referidos que explicam as diferenças encontradas entre as avaliações inicial e final e/ou de relevância consideradas como áreas fortes, intermédias e prioritárias.

Assim evidenciam-se as áreas da *Alimentação* e da *Utilização da Casa-de-banho* como áreas fortes, à exceção do item 4 da *Alimentação – Comer em Locais Públicos* – que não é concretizado nem concretizável pela dificuldade nas comunicações verbal e não verbal, pelo que o LC não apresenta dificuldades nem no ato de comer nem na utilização dos recursos relacionados com o acompanhamento da refeição, tal como acontece pelo adequado uso da casa-de-banho maioritariamente em autonomia, inclusive com o total controlo dos esfíncteres.

Consideradas como áreas intermédias estão os domínios da *Higiene*, da *Aparência*, dos *Cuidados com o Vestuário* e com o *Vestir e Despir* que são condicionadas, respetivamente, pela realização da higiene mais específica com ajuda permanente (*Banho e Higiene Pessoal* – itens 8 e 9) e sendo que um dos itens não é cotado pela não observação (*Lavagem dos Dentes* item 10); pelas condições afetadas da marcha influentes no item 11 (*Postura*), características intraindividuais do cliente, e também no item 12 (*Vestuário*); pela não realização da ação de lavagem de roupa (item 14 – *Lavar Roupa*); e, por fim, pela exclusiva concretização do vestir (item 15 – *Vestir*) e calçar (item 17 – *Sapatos*) com apoio. De salientar, dentro dos subdomínios identificados, os itens 9 (*Higiene Pessoal*) da *Higiene*, 12 (*Vestuário*) da *Aparência*, 13 (*Cuidados com o Vestuário*) dos *Cuidados com o Vestuário* e, ainda, 17 (*Sapatos*) do *Vestir e Despir* como cotados na avaliação final significativamente com maior autonomia que a expressa pelos resultados apresentados inicialmente.

As áreas prioritárias, e restantes, estão relacionadas com os subdomínios da *Deslocação* e de *Outros Itens de Autonomia* com elevada intensidade de apoios, de carácter permanente segundo a cotação 0 frequente, quer na mobilidade autónoma global na comunidade quer na utilização de vários meios de comunicação e de cuidado intrapessoal, que não são exequíveis para o mesmo. Infere-se, novamente, as questões das comunicações verbal e não verbal como condicionantes da débil interação com os seus pares e proatividade/papel ativo do cliente no envolvimento exterior do Centro.

Em suma, no domínio da *Autonomia* e independentemente das ligeiras melhorias inter-subdomínios apresentadas pela subida da cotação bruta, os percentis (37) mantém-se no processo de avaliação, traduzidos por uma classificação funcional média, o que sinaliza este domínio como uma área não prioritária, apenas de manutenção de competências para a fortalecer.

## *II. DESENVOLVIMENTO FÍSICO*

No domínio *Desenvolvimento Físico* foi obtida uma cotação bruta inicial de 29 distinta da cotação bruta final de 31, verificando-se novamente uma ligeira subida que poderá ser explicada pela diferença de cotação de dois pontos no subdomínio do *Desenvolvimento Motor* (24-26) pois o *Desenvolvimento Sensorial* apresenta a mesma pontuação (5). Como componente explicativa é abordada seguidamente cada um individualmente.

No subdomínio *Desenvolvimento Sensorial*, o LC apresenta algumas dificuldades no âmbito da visão que é corrigida pela utilização de óculos adequados à sua necessidade e não possui dificuldades no âmbito da audição, espelhando-se como uma área sensorial como uma área forte sem necessidades de apoios acrescidos no âmbito da intervenção.

O *Desenvolvimento Motor* é um subdomínio sinalizado como uma área intermédia embora as oscilações apresentadas relativamente ao *Equilíbrio* (item 27), à *Tonicidade, Marcha e Corrida* (item 28) e à *Coordenação Óculo-Manual/Podal* (item 31) apresentem dificuldades na medida em que o cliente apenas se equilibra em apoio bipodal ainda que por um período prolongado; por perturbações no âmbito da tonicidade corporal (hipotonia), da não alternância de pés na subida/descida de escadas e na dificuldade no salto; e, por fim, na manipulação de objetos de planeamento motor mais complexo, nomeadamente lançamentos e dribles. Nas restantes subáreas, observa-se boas noções de *Lateralidade e Noção Corporal*, de *Práxia Fina* e de *Funcionalidade dos Membros* com pontuações máximas. As

diferenças pontuais neste subdomínio são reveladas pelo aumento pontual nos itens 27 (*Equilíbrio*) e 31 (*Coordenação Óculo-Manual/Podal*) da avaliação final, caracterizada após treinos funcional e de rendimento físico subjacentes aos objetivos gerais e específicos da intervenção da estagiária.

Na generalidade, o domínio de *Desenvolvimento Físico* é influenciado negativamente pelo subdomínio do *Desenvolvimento Motor* que deverá continuar a ser um foco em termos da intervenção psicomotora, especificamente nos contextos de intervenção específicos (Atividade Motora e Atividade em Meio Aquático). Contudo, é observável pelos percentis (>99), também iguais no processo de avaliação, que a classificação se mantém imutável enquadrada na média considerada para a realidade portuguesa. Conclui-se que a manutenção do trabalho, inferindo a continuidade, e de extrema importância para a não perda de competência neste nível.

### *III. ATIVIDADE ECONÓMICA*

Antes de mais, é importante salientar que neste domínio devido a problemas de naturezas de organização e reestruturação interna do CTVAA, não foi possível obter os resultados iniciais dos itens 33 ao 37 e, por isso, apenas serão apresentadas as cotações da avaliação final e a sua análise posterior.

Assim, neste domínio caracterizado exclusivamente pelo subdomínio do *Manuseamento do Dinheiro e Planeamento da sua Utilização*, o cliente obteve uma cotação bruta de 0, cujo percentil de 9 traduzem uma classificação funcional abaixo da média. Com a pontuação nula em todos os itens (33 ao 38 – *Manuseamento do Dinheiro, Serviços Bancários, Recursos de Pagamento, Planificação da Utilização do Dinheiro, Recados e Compras*), considera-se então uma área de extrema necessidade, pois o LC não utiliza de todas as quantias monetárias. A gestão económica no centro (e.g.: do café depois do almoço) é da responsabilidade das técnicas e auxiliares de sala e/ou técnicos de referência; e, fora do contexto institucional, está encarregue à sua responsável legal/tutora (irmã).

### *IV. DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM*

O domínio *Desenvolvimento da Linguagem* com as cotações brutas de 11 e 12, indicam também o aumento da independência, ainda que as diferenças sejam notórias nas pontuações exclusivamente no subdomínio do *Desenvolvimento da Linguagem Social* (3-4), quando comparadas as avaliações inicial e final, sendo, porém, o subdomínio que apresenta maior autonomia relativamente aos restantes (sem cotações 0).



Destacam-se, deste modo, as dificuldades na comunicação verbal em si, falada e escrita, pelo que as pontuações nulas no subdomínio *Desenvolvimento da Linguagem* (itens 40, 41 e 42 – *Palavras, Frases e Articulação*), na *Expressão* (itens 43 e 44 – *Escrita e Escrever à Mão*) e na *Compreensão Verbal* (item 46 – *Leitura*) são válidas e consistentes com as características individuais que apresenta. Embora as dificuldades supramencionadas, são observáveis a *Expressão Pré-Verbal* (item 39 do subdomínio *Desenvolvimento da Linguagem*) e a *Compreensão de Instruções Verbais* (item 45 do subdomínio de *Compreensão Verbal*), maioritariamente, expressa em comunicação não verbal e/ou verbal muito simples.

Na globalidade, o domínio de *Desenvolvimento da Linguagem* é uma outra área que se mostra prioritária pela classificação funcional abaixo da média para o que é esperado para os seus pares, com o percentil a pertencer aos 9 no processo de avaliação relativamente aos valores normativos e padronizados para a população portuguesa. Deverá ser uma área de treino complementar a todas as outras de intervenção específica.

#### V. NÚMEROS E TEMPO

Neste domínio, pontuado com 1 de avaliação inicial e 3 de avaliação final (cotações brutas), permite averiguar que o cliente diferencia de um momento de avaliação para o outro, a discriminação básica do conceito de quantidade associado ao número; e, que a noção de tempo apenas é compreendida pela interligação de determinados momentos prazerosos para si. Em oposição, os itens anteriores de *Números* (item 49) e *Tempo* (item 50) aferidos na avaliação inicial não dão conhecimento dessas noção com uma cotação de 0 em ambos.

Mais uma vez, este é um domínio que necessita da prática interventiva como complementar às atividades, concretamente a ver com o trabalho de noção quantidade-número e de diferenciação de momentos de sessão aplicados aos seus interesses por estipulação de horas específicas. A evolução dos percentis 16/25 (avaliações inicial e final) ainda que significativos mantém a classificação abaixo da média, sugerindo a continuidade e reforço das competências apresentadas como objetivos complementares às atividades de expressão mais motora.

#### VI. ATIVIDADE DOMÉSTICA

O domínio da *Atividade Doméstica*, ambos cotados com 3 no processo de avaliação (cotação bruta), apresenta os subdomínios *Limpeza* e *Outros Deveres Domésticos* pontuados de forma nula pois o LC não desempenha funções de atividades de vida

diária exceto relacionadas com a de higiene pessoal (essencialmente expressas no domínio *Autonomia*) e de *Cozinha* (subdomínio) que executa a ação de colocar e tirar a mesa (itens 54 e 55 – *Pôr a Mesa* e *Levantar a Mesa*).

Sumarizando, mantendo-se inalterado o processo de avaliação, os percentis com valores iguais de, respetivamente, 25 que indicam uma classificação funcional média e que identificam como uma área inserida no padrão médio normativa à população com e sem DID. É de relevância mencionar que mas não devem ser descuradas este tipo de tarefas, nem que fornecida a intensidade mais elevada de apoios (totais e permanentes) mas que, no fundo, execute a ação (o que não acontece atualmente não só nestes mas em muitos subdomínios).

## *VII. ATIVIDADE PRÉ-PROFISSIONAL*

Primeiramente, de salientar, que o domínio que se segue é considerado no envolvimento institucional através da avaliação das suas tarefas rotineiras estipuladas nos vários contextos.

A *Atividade Pré-Profissional* obteve uma cotação bruta de 3, em ambas as avaliações, sem evoluções relativas aos itens do 58 ao 60 (*Complexidade do Trabalho; Desempenho do Trabalho – Emprego/Escola; e, Hábitos de Trabalho/Escolares*) pelo que se caracteriza como realizações simples de tarefas, sem estruturação autónoma, cumprindo apenas o requisito da pontualidade sem supervisão e orientação constantes. Infere-se neste ponto não a falha da execução em si, mas somente a pouca duração da manutenção da atenção durante tempo prolongado que condiciona a continuidade da ação.

Na generalidade é um domínio com uma classificação funcional média, ditada pelo processo de avaliação global, que a contextualiza através de um percentil de 25 normalizados à população portuguesa. O envolvimento institucional mostra-se benéfico nesta componente, na medida que mantém ativo o papel social do cliente e, que o incentiva mesmo em contexto de CAO contrastando com as medidas de apoio protegido ou de atividade socialmente útil.

## *VIII. PERSONALIDADE*

Este domínio apresenta pontuações brutas de 3 e 4, tendo o subdomínio *Iniciativa* a cotação de 2, i.e., iniciando tarefas apenas aquando incentivado; e, o de *Perseverança*, de acordo com as avaliações inicial e final de 1-2 traduzidas pela oposição da “incapacidade” de usufruir atividade simples de lazer (inicial) *versus* de a desfrutar mesmo nas suas formas mais básicas (final). Ainda que destacados os itens

anteriores, é importante não menosprezar os restantes que, cotados com mais apenas um ponto percentual, validam a classificação funcional fraca/abaixo da média apesar da evolução constatada da primeira para a segunda avaliações (percentis 5-9).

Sintetizando, é mais uma área prioritária que deverá ser colmatada através da diferenciação de estratégias que contrariem a falta de proatividade e potencializem, essencialmente, os processos motivacionais do LC.

#### *IX. RESPONSABILIDADE*

No que concerne ao domínio da *Responsabilidade*, LC apresenta uma cotação bruta de 2 de avaliação inicial e de 4 de avaliação final, que influencia a evolução da classificação funcional abaixo da média (percentil 16) no início da intervenção para, posteriormente, uma classificação funcional média (percentil 37).

As diferenças positivas e evolutivas prendem-se com o cuidado com objetos pessoais (item 66 – *Objetos Pessoais*) e, acima de tudo, com o reportar de situação-problema através das comunicações verbal simples e não-verbal (item 68 – *Responsabilidade Pessoal*). Nos restantes itens, o aumento apenas de um ponto da cotação nula, valoriza também a atenção a dar neste domínio.

Ainda, de salientar que apesar da observação maioritariamente em contexto de sala, a participação da estagiária nos vários envolvimento facilitou o preenchimento da ECAP, sem recorrer a análises externas de forma frequente resultante na homogeneidade da aplicação.

#### *X. SOCIALIZAÇÃO*

Relativamente a este domínio, com cotação bruta de 12 e 14, evidencia-se uma classificação funcional média de e para a população portuguesa quando analisado quantitativamente, com os percentis a diferenciar nos processos de avaliação, respetivamente, 25-37. Embora evolutivamente aos itens da *Cooperação* (item 69) e *Interação com os Outros* (item 72), mantiveram-se as dificuldades na *Consideração pelos Outros* (item 70) e as relacionadas com a *Participação em Atividades de Grupo* (item 73) e *Egoísmo* (item 73). Qualitativamente, são referenciados os distanciamento do Outro embora não aconteça com os contextos imediatos (família), e também quando em contexto de atividade de grupo (item 72 – *Interação com os Outros*) que advém das sessões de intervenção psicomotora (ginásio e piscina) em que participa e nas quais também é incentivo, até pelos próprios colegas, e expresso com maior pontuação na avaliação final comparativamente à inicial.

Em suma, no que concerne à classificação funcional, os domínios em que existiu a evolução foi no da *Personalidade* (de *Frac* para *Abaixo da Média*) e também no da *Responsabilidade* (*Abaixo da Média* para *Média*). Relativamente à manutenção funcional temos a maioria dos domínios: *Autonomia* (*Média*), *Desenvolvimento Físico* (*Média*), o *Desenvolvimento da Linguagem* (*Abaixo da Média*); *Números e Tempo* (*Abaixo da Média*), *Atividade Doméstica* (*Média*), *Atividade Pré-Profissional* (*Média*) e a *Socialização* (*Média*).

É necessário reforçar as áreas prioritárias como abaixo da média, tal como a identificação das intermédias/fortes (médias) para possibilitar um trabalho o mais completo possível passível de evolução e manutenção.

Após a análise da primeira parte da ECAP, segue-se então a segunda parte sendo apresentados os resultados na Tabela 3.

**Tabela 3** – Apresentação dos resultados obtidos referentes à Segunda Parte da ECAP

Domínio	Subdomínio	Avaliação Inicial	Cotação máxima	Avaliação final
<b>Comportamento Social</b>	<b>Total</b>	16	0	19
	<b>Percentil</b>	25	MÉDIA/Ab. MÉDIA	6
<b>Merecedor de Confiança</b>	<b>Total</b>	4	0	5
	<b>Percentil</b>	63	MÉDIA	50
<b>Conformidade</b>	<b>Total</b>	3	0	2
	<b>Percentil</b>	50	MÉDIA	50
<b>Comp. Estereotipado e Hiperativo</b>	<b>Total</b>	4	0	4
	<b>Percentil</b>	75	MÉDIA	75
<b>Comportamento Sexual</b>	<b>Total</b>	1	0	1
	<b>Percentil</b>	63	MÉDIA	63
<b>Comportamento Auto-Abusivo</b>	<b>Total</b>	1	0	1
	<b>Percentil</b>	63	MÉDIA	63
<b>Ajustamento Social</b>	<b>Total</b>	4	0	4
	<b>Percentil</b>	50	MÉDIA	50
<b>Comportamento Interpessoal Perturbado</b>	<b>Total</b>	10	0	8
	<b>Percentil</b>	25	MÉDIA	37

#### *I. COMPORTAMENTO SOCIAL*

No que concerne ao *Comportamento Social*, foi obtida uma pontuação bruta de 16 na avaliação inicial contrastante à de 19 na avaliação final pelo que, nesta segunda parte, o aumento do valor de cotação bruta indica uma menor capacidade adaptativa pois o valor ótimo é o mais próximo possível do 0 senão mesmo o 0. Constata-se, em comparação com as avaliações, que o item 6 (*Frac Tolerância à Frustração*) é significativo pois os comportamentos que apresenta aquando contrariado e/ou de desresponsabilização de erros/falhas são marcantes e tanto mais frequentes quanto os realmente referidos na avaliação inicial (ocasionalmente para frequentemente).

Também se destacam pela positiva a nenhum e/ou pouca frequência associada aos comportamentos de risco para os outros (itens 1 e 4 e 7 – *Ameaças ou Violência Física, Manda ou Manipula os Outros e Perturba as Atividades dos Outros*) pela maior predominância de ocasionais de birras e descargas emocionais.

Contrariando as melhorias observados, mesmo que ligeiras evolutivamente, o *Comportamento Social* é um domínio que no processo de avaliação global decresce de uma classificação funcional média para abaixo da média, com a distante diferenciação de percentis (25 para 16).

Os resultados obtidos neste domínio sinalizam uma preocupação acentuada que previu um aumento gradual de uma frequência esporádica para repetitiva, com consequências práticas na interrupção de momentos de atividades e, por vezes, mesmo de sessões. A aplicação usual de reforço positivo ligado a momentos prazerosos foi diminuindo de eficácia com o aumento, inerente, às chamadas de atenção e, com isso, a aplicação de estratégias essencialmente diferenciadoras na instrução verbal inicial e com redução do reforço verbal.

## *II. CONFORMIDADE*

No domínio da *Conformidade*, com uma cotação bruta favorável de 4 e 5 (avaliações inicial e final), demonstra que o LC se gere pelas regras e rotinas (item 8 – *Ignora Regulamentos e Rotinas*), tais como não apresenta comportamentos que se oponham quer às orientações (item 9 – *Resiste a Cumprir Instruções, Pedidos ou Ordens*) quer à assertividade na postura atitudinal face aos técnicos (item 10 - *Atitude Insolente ou Rebelde face à Autoridade*) com assiduidade e pontualidade nas tarefas ou locais (item 11 – *Falta, Atrasa-se para Tarefas ou Locais*) sem fuga intencional (item 12 – *Foge ou Tenta Fugir*).

É um domínio com uma conotação muito positiva, sendo exceção o item 13 (*Porta-se Mal em Situações de Grupo*) despoletada pelo comportamento de impaciência face a tarefas prolongadas, demonstrando ocasionalmente a interrupção das atividades com atitudes de expressão verbal ruidosas. Espelha-se no entanto, a classificação funcional média, com os valores dos percentis de 63/50 no processo global da avaliação, ainda que diferentes nas avaliação inicial e final respetivamente mantém como uma área forte passível de continuidade.

## *III. MERECEDOR DE CONFIANÇA*

Também neste domínio é visível que o LC nunca demonstra comportamentos de desrespeito quer nos âmbito relacional (item 14 – *Demonstra Desrespeito pelos*

*Pertences dos Outros*; item 16 – *Mente e Engana*; e, item 19 – *Danifica Propriedades dos Outros*) quer em comportamentos desadequados como roubo (item 15 – *Apodera-se da Propriedade Alheia*). No entanto, ocasionalmente apresenta atitudes de danificação das suas próprias coisas (item 17 – *Danifica Propriedade Pessoal*).

Focando nas pontuações positivas, pelo valor ótimo a apresentar, o cliente encontra-se na média de classificação funcional relativamente ao esperado para a população portuguesa, com o percentil 50 em ambas as avaliações. Globalmente, não é uma área prioritária, aferindo-se como normativa.

#### IV. COMPORTAMENTO ESTEREOTIPADO E HIPERATIVO

Relativamente ao domínio do *Comportamento Estereotipado e Hiperativo*, este categoriza-se na média pelo que será de salientar que os comportamentos que ocasionalmente ocorrem são relacionados com o item 21 (*Comportamentos Interpessoais Inapropriados*) que se aferem como demonstrações afetivas de proximidade e particularmente da procura de abraços e beijos; e, pela dificuldade de linguagem falada, no item 22 dos *Hábitos Vocais ou de Discurso Perturbador* com a verbalização ruidosa também ocasional de *grunhidos, roncos ou outros barulhos desagradáveis*. Contrariamente, todos os outros *Comportamentos Estereotipados* (item 20), *Hábitos Oraís Desadequados* (item 23) e *Tendências de “Hiperatividade”* (item 24) são descartados, nunca se observando movimentos acessórios que não são necessários à ação.

Funcionalmente, este domínio encontra-se dentro da média por não se encontrarem valores significativamente diferentes, com uma pontuação bruta de 4 no correspondente percentil 75 nas avaliações iniciais e finais.

#### V. COMPORTAMENTO SEXUAL

No que concerne ao domínio do *Comportamento Sexual*, a cotação bruta do processo de avaliação global foi de 1, não exibindo nenhum dos comportamentos sexuais em ambientes de cariz público assinalados pelos itens 26 (*Masturba-se Inapropriadamente*), 27 (*Expõe o Corpo Inapropriadamente*) e 28 (*Comportamentos Sexuais, do Ponto de Vista Social, Inaceitáveis*). A exceção colocada, para não ser um domínio totalmente ótimo do ponto de vista funcional, está relacionada com ocasionalmente apresentar, quando contrariado, a resposta de retirar a roupa como ato intencional, compreendendo o teor da ação (item 25 – *Despe ou Arranca a sua Própria Roupa*).

Assim o domínio do Comportamento Sexual, com iguais percentis (63) nas avaliações (11), mantém a classificação funcional média antes e após a intervenção, sendo uma área implícita nomeadamente na intervenção em meio aquático incidindo nas questões éticas do vestir/despir (balneário) que abordam indiretamente essas noções.

#### *VI. COMPORTAMENTO AUTO ABUSIVO*

Este domínio, similarmente ao anterior, não encontra comportamentos no âmbito patológico que justifiquem uma elevada pontuação, pelo contrário mantendo uma única cotação pontual acima do valor ótimo (cotação bruta de 1), não se verificando também alterações entre as avaliações. Apresenta assim uma classificação funcional média, condicionada pelo item 29 (*Hábitos e Tendências Excêntricas*) apenas quando se especifica o interesse demonstrado em permanecer em certos locais.

Funcionalmente não tem um grande impacto visto ser um comportamento que ocorre esporadicamente e não de forma sistemática. Assim, tendo em conta o percentil 75 presente em ambas avaliações, infere-se como não prioritária. Mesmo nesse sentido é trabalhada pois embora a prática interventiva incida no trabalho da minimização das necessidades potencializa a manutenção de competências, o que a torna como implícita também no trabalho.

#### *VII. AJUSTAMENTO SOCIAL*

No domínio do *Ajustamento Social*, o LC apresenta também uma classificação funcional mediana que é fundamentada nas iguais cotações brutas (4) e de percentis (50) no processo de avaliação global. Especificamente, comportamentos relacionados com os itens 33 e 34 (*Apatia e Timidez*) nunca se concretizam e frequentemente no âmbito da *Postura Particular ou Maneirismos* (item 35), condicionada pela sua marcha característica, a deslocação em apoio assente na ponta do pé. Os comportamentos ocasionais são expressos no item 32 (*Inatividade*) com a observação do envolvimento sem a atividade motora e/ou ação intencional, tais como o adormecer na posição de sentado.

#### *VIII. COMPORTAMENTO INTERPESSOAL PERTURBADO*

Relativamente ao *Comportamento Interpessoal Perturbado*, excecionalmente na segunda parte da ECAP juntamente com o primeiro domínio, apresenta cotações brutas mais elevadas, i.e., distanciadas do valor ótimo ainda que se mantendo a classificação funcional média com o decréscimo da cotação bruta da avaliação inicial

para a final (10-8). Inversamente, como esperado, havendo expressamente uma evolução no aumento dos percentis, maior na avaliação final (25-37). Especificamente enquadram-se nos comportamentos que nunca são observados os itens 36 (*Sobrestima as suas Capacidades*) e 39 (*Sentimento de Perseguição*), em oposição aos que são observáveis frequentemente itens 37 (*Reage Mal às Críticas*), 38 (*Solicita Demasiada Atenção e Elogios*) e 40 (*Tendências Hipocondríacas*). O foco especial é dado aos itens 37 e 38 que, respetivamente, reforçam os comportamentos que frequentemente acontecem durante as sessões dos contextos de intervenção específicos, sendo estes tidos em conta previamente na planificação das sessões (estratégias diferenciadas a utilizar pela sua frequência acrescida).

Sintetizando, em termos de classificação funcional, todos os domínios se mantêm na média (*Conformidade; Merecedor de Confiança; Comportamento Estereotipado e Hiperactivo; Comportamento Sexual; Comportamento Auto-Abusivo; Ajustamento Social; e, Comportamento Interpessoal Perturbado*) à exceção do domínio do *Comportamento Social* que regrediu para abaixo da mesma, necessitando de se averiguar em termos teóricos fundamentos que possam estar na sua causa.

Ainda, no que concerne à ECAP, é relevante referir os valores apresentados no que é respeitante aos seus fatores (Tabela 4).

**Tabela 4** – Apresentação dos resultados obtidos referentes aos Fatores da ECAP

Fatores	Subdomínio	Avaliação Inicial	Cotação máxima	Avaliação final
<b>Auto-Suficiência Pessoal</b>	<b>Total</b>	81	112 MÉDIA	82
<b>Auto-Suficiência na Comunidade</b>	<b>Total</b>	25	183 AB MÉDIA/MÉDIA	33
<b>Responsabilidade Pessoal e Social</b>	<b>Total</b>	19	70 AB MÉDIA	24
<b>Ajustamento Pessoal</b>	<b>Total</b>	6	0 AC MÉDIA	6
<b>Ajustamento Social</b>	<b>Total</b>	33	0 MUITO FRACO	34

Realizando a descrição dos resultados obtidos no processo de avaliação pela ECAP por fatores, é possível observar quantitativamente que o primeiro fator *Autossuficiência Pessoal* obteve cotações brutas de 81/82; o fator de *Autossuficiência na Comunidade* com as respetivas cotações de 25 e 33; o de *Responsabilidade Pessoal e Social* de 19/24 de pontuação total; o fator de *Ajustamento Pessoal* de 6 de cotação bruta; e, o de *Ajustamento Social* diferenciado com os valores 33 e 34.



Qualitativamente é expressa uma melhoria global, acentuada no Fator da *Autossuficiência na Comunidade*, explicada pela cotação inicial da não oportunidade de concretização da tarefa e não pela capacidade efetiva de a executar ou não; e, da *Responsabilidade Pessoal e Social* expressa pela dinâmica ganha progressivamente nas sessões, evidenciando evolução nas componentes relacional, quer com os seus pares quer com os técnicos de referência, e pessoal com o aumento da predisposição para as atividades (melhorando especificamente a passividade). Ambas classificadas funcionalmente como abaixo da média na avaliação inicial, e relevante devido à evolução encontrada especialmente no fator da *Autossuficiência na Comunidade* (Abaixo da Média para Média), mas não sendo porém suficiente a subida da cotação bruta do fator *Responsabilidade Pessoal e Social* mantendo-se abaixo da média.

Os Fatores da *Autossuficiência Pessoal* e do *Ajustamento Social* sofreram uma ligeira subida das avaliações inicial para a final pelo que se justifica na interligação das melhorias anteriores e dos fatores de avaliação em si, ainda que não seja significativa. Independentemente dessa evolução, sinalizasse o *Ajustamento Social* como uma área prioritária de intervenção mantendo-se funcionalmente muito fraco mesmo após a intervenção psicomotora, o que indica que deverá ser foco de especificidade na área comportamental através da gestão emocional alargada a todos os contextos de vida (e não só em sessão), até mesmo considerando um apoio específico complementar ao nível de outras áreas (e.g.: Psicologia). Ainda, complementando a pouca significância do aumento na *Autossuficiência Pessoal*, é visível a manutenção funcional do LC (média) pelo que o teor do fator maioritariamente de itens relacionados com a autonomia de atividades de vida diária básica e de desenvolvimento psicomotor, por um lado atinge o objetivo de manutenção de competências mas por outro finalidade, não alcança a evolução desejada inicialmente. Outros fatores podem também contribuir para esse motivo, nomeadamente, o do envelhecimento como será aprofundado na discussão de resultados.

De igual forma manteve-se o fator de *Ajustamento Pessoal*, com o mesmo valor de cotação bruta (6) no processo de avaliação que traduz, no seu global, uma classificação funcional acima da média pela não apresentação de comportamentos socialmente não aceites (comportamentos de cariz estereotipado e hiperativo; sexual; e, auto-abusivo. Infere-se, deste modo, a compreensão e a intencionalidade das ações praticadas como assertivas.

Sumarizando, em termos de classificação funcional, apenas um fator apresenta evolução (*Autossuficiência na Comunidade*) enquanto os restantes se mantêm sem alterações neste âmbito (*Autossuficiência Pessoal*, *Responsabilidade Pessoal e Social*

*Ajustamento Pessoal*; e, *Ajustamento Social*), o que implica a necessidade de um aprofundamento em termos teóricos para colmatar e fundamentar a prática de intervenção psicomotora nestes contextos associada aos resultados obtidos.

### **5.3.5. Discussão de resultados.**

Neste ponto procede-se à discussão dos resultados obtidos, esclarecendo do ponto de vista teórico, através da fundamentação de autores, para a explicação de determinadas conclusões fundamentais.

Quando analisamos globalmente os fatores da ECAP que correlacionam a capacidade do indivíduo se adaptar às exigências do envolvimento (Santos e Morato, 2012c) e, para isso, com a disponibilidade de meios e apoios para o fazer (Morato e Santos, 2007; Santos, 2010; Santos e Morato, 2012<sup>a</sup>) diverge significativamente com os resultados obtidos neste estudo caso. O LC apresenta em termos práticos uma classificação funcional abaixo da média, caracterizando-o numa perspetiva deficitária em termos do comportamento adaptativo que possui. Este facto pode também estar relacionado com características individuais que Head, Silverman, Patterson e Lott (2012) apontam, nomeadamente, para as faixas etárias a partir dos 40 no âmbito da população com DID. Por outro lado acelera decrescentemente quer essa componente adaptativa como o processo de envelhecimento ainda que justificada a classificação quantitativa menos positiva, esta é relacionada com fatores que o cliente não é capaz de controlar autonomamente independentemente da intervenção e/ou estratégias dirigidas.

Com uma análise mais pormenorizada, evidências várias na literatura, no âmbito de estudos nacionais, convergem para uma menor capacidade adaptativa relativamente a *atividades domésticas, económica e pré-profissional* (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012c) concordante com os resultados obtidos no *Domínio Atividade Económica* (Abaixo da Média). Também o *Domínio do Desenvolvimento da Linguagem* se encontra comprometido (Abaixo da Média), como fundamentado em base teórica no que concerne às linguagens expressiva e de compreensão (Van der Schuit, Segers, Van Balkom e Verhoeven, 2011). Consequente, intimamente relacionados, são observáveis os Domínios *Números e Tempo* e *Personalidade* que, ao encontro da literatura, se justificam respetivamente por fatores limitadores/afectados aquando de áreas relacionadas com as funções executivas (Danielsson, Henry, Messer e Rönnberg, 2012). Similarmente às áreas descritas anteriormente, estas são expressas com mais notoriedade no *Domínio do Comportamento Social*, resultante do impacto menos positivo no *ajustamento e interação social* (reforçado novamente aquando do *Fator Ajustamento Social*). De salientar, positivamente, as restantes áreas globais que

se encontram dentro da Média (para o que é exetável para a população portuguesa), reforçando as evoluções no Domínio *Responsabilidade* e no Fator *Auto-Suficiência na Comunidade*.

#### **5.4. Outras Atividades**

No ponto que se segue serão abordadas outras atividades cuja participação da estagiária, passiva e/ou ativa, serve de complemento ao trabalho realizado e integrado ao longo do estágio. Neste sentido, será feita uma breve apresentação de cada um dos eventos, de acordo com as suas finalidades e benefícios. É também de realçar que os critérios de escolha dos grupos para as atividades/saídas diferem consoante, não só, as características individuais do cliente mas também derivada da igualdade de oportunidades e participação plena de todos os jovens, jovens-adultos e adultos. Assim, existe uma rotatividade entre clientes para que participem de igual forma, não descurando os seus interesses, motivações e ambições individuais.

As saídas inter-centros, inseridas na calendarização desportiva, são organizadas por diversas instituições e entidades, incluindo a própria CERCI Lisboa, sinalizadas como relevantes para o conhecimento global de toda a atividade desempenhada no âmbito institucional, promovendo atividades de lazer inerentes ao treino de competências, essencialmente, de socialização inter-grupos (instituições diferentes):

- **11ª Caminhada de Orientação** no dia 21 de outubro de 2014 das 11h30 às 14h, na Qta do Pisão, da responsabilidade do Centro de Educação para ao Cidadão com Deficiência (CECD); o objetivo seria percorrer um percurso com seis quilómetros, com o objetivo de completar todas as tarefas propostas nas 12 balizas existentes cujo tema se centrava na Alimentação Saudável e Agricultura Familiar (Ano Internacional) e a estagiária teve como função o acompanhamento e supervisão do grupo, seis jovens do CTVAA; a atividade decorreu sem imprevistos e cumprindo os requisitos esperados, apesar de ser necessário recorrer a instruções e incentivos verbais para os melhores funcionamento e desempenho possíveis. Após o cumprimento da tarefa seguiu-se o período de almoço, feito em conjunto com clientes, técnicos, monitores e estagiária, dos três centros pertencentes à CERCI Lisboa (CTVAA, Olivais e Espaço da Luz).
- **V Encontro com o Ténis** no dia 28 de outubro de 2014, no Espaço Desportivo do Jamor, sob a organização da CERCI Oeiras onde se realizaram diversas tarefas de carácter lúdico que promoviam o treino de alguns dos movimentos utilizados no ténis (e.g.: atividades em cinco campos de ténis com exercícios de condução da

bola de ténis com raquete, lançamentos com e sem raquete e, ainda, situação de jogo a pares); neste evento a estagiária prestou apoio a um grupo de 15 elementos do CTVA e dos Olivais, funcionando por estações rotativas e fornecendo sempre o tipo de ajuda adequada a cada cliente; O entusiasmo e a motivação para a realização das tarefas foi unânime, demonstrados na participação global dos clientes, realçando-se, mais uma vez, a importância das instruções e constantes *feedbacks* no desempenho, bem como os momentos de lazer/convívio no almoço e pós-almoço com os clientes e com os técnicos, que enriquecem as competências de socialização e de conduta de comportamentos;

- **CERC Oeiras Viva** no dia 25 de março (10h15h) no Pavilhão Carlos Queiroz sendo a CERC Oeiras a entidade responsável pela organização de atividades, com a participação especial e contributo de alunos da Escola Profissional de Artes e Ofícios do Espetáculo Chapitô, essencialmente com a promoção/treino de competências de equilíbrios estático e dinâmico e de coordenações oculomanual e oculopodal; na parte final do Encontro houve um desfile com música e uma aula de aeróbica de alta intensidade; a socialização foi um dos pontos mais relevantes, enaltecendo também a iniciativa de parceria com outros elementos da comunidade (jovens do Chapitô);
- **Caminhada de Orientação** (21 de abril – 10h30-14h) na Qta da Pisão, a convite do CECD e onde se procedeu a um percurso de 5km completando todas as tarefas propostas nas 12 balizas existentes cujo tema se centrava nos Cinco Sentidos (visão, audição, olfato, tato e paladar); o papel da estagiária foi de acompanhamento e supervisão de um grupo do CTVA, fornecendo pistas verbais para a descoberta das soluções dos enigmas propostos relativamente às competências sensoriais. Esta atividade teve necessidade intensiva de incentivos e reforços positivos, pela exigência do exercício de caminhada prolongada, ainda que promovendo assertivamente a funcionalidade interligada com o estímulo de processos cognitivos (atenção, concentração);
- **18º Encontro de Futebol de 5** (29 de abril 2015 entre as 11h e as 13h) no Pavilhão Póvoa, dado a instituição organizadora ter sido a CERCIPÓVOA e onde se experienciaram diversas tarefas de carácter lúdico que promoviam o treino de alguns dos exercícios de aquecimento utilizados no futebol de 11, com a finalidade de praticar em contexto adaptado de jogo que foi realizado no final do evento - torneio entre equipas (inter-grupos institucionais); a estagiária assumiu a supervisão nos exercícios de aquecimento, e incentivos constantes para o

encorajamento do golo em situação de jogo. No final, o grupo do CTVA reuniu e falou sobre a derrota com o aparecimento de comportamentos desajustados;

- **Desportos Adaptados** (4 maio 2015 – 11h às 13h) no Estádio Universitário da responsabilidade da FMH e onde se realizaram atividades organizadas em estações, com a participação especial e contributo dos alunos da FMH, essencialmente com o treino de desportos adaptados em cadeira de rodas e/ou sem acesso a estímulos visuais; a demonstração e modelagem de exercícios, com apoios verbal constante e físico e incentivos e reforços positivos foram algumas das estratégias adotadas pela estagiária ao longo do evento; a atividade com muitas quebras, devido à proporcionalidade desadequada de atividades (reduzida) para número de clientes (elevada).
- **Jogos Eliminados – Festa da Primavera:** 19 de maio 2015 entre as 10h e as 15h30 no Espaço do Elo Social, entidade organizadora do Festival com um *Peddy Paper* no período da manhã e concertos da parte da tarde, tendo a estagiária acompanhado e supervisionado o grupo de clientes dos vários centros da CERCI Lisboa. Esta atividade foi do agrado dos clientes, especialmente no período da tarde aquando dos concertos.
- **Nada lá** no dia 28 de maio de 2015 entre as 10h30 às 14h no Complexo Desportivo da CERCICA onde se participou num Torneio de Natação Adaptada; a estagiária foi responsável pela supervisão nos exercícios de aquecimento, e incentivos constantes para o encorajamento da vitória no contexto de torneio. O grupo do CTVA ficou bem posicionado, com a vitória e o ganho de medalhas de ouro, prata e bronze em estilos natatórios diferenciados.

Após o conhecimento das diversas atividades inter-centros ocorridas durante o ano letivo de 2014/15, é também relevante saber que outras saídas foram concretizadas e quais os seus objetivos para a população institucionalizada. Estas saídas não estavam incluídas na calendarização anual das atividades desportivas, mas foram importantes pelo contributo não só fornecido pela equipa técnica para os clientes mas também da própria comunidade em geral através de parcerias e protocolos: Atividade de Vela, do Batizado de Mergulho, saídas relacionadas com Artes Plásticas e Dramáticas (visitas a exposições, a peças de teatro, idas ao cinema, entre outras), saídas de espetáculos realizados pelos próprios grupos da CERCI Lisboa como os *Bomb'Arte* (grupo de música com bombos) e o grupo de teatro (envolvidos num projeto de criação de histórias infantis).

Como não podia ser esquecida, e englobada nas *Outras Saídas*, insere-se a Campanha do Pirlampo Mágico que constitui o evento mais importante durante o mês de maio. Esta campanha objetiva angariar fundos através do princípio da Solidariedade Social, na venda simbólica de objetos relacionados com a temática em vários espaços da comunidade. Para que se otimizem as vendas, através da montagem de bancas, é necessária a disponibilização voluntária de recursos humanos, quer da equipa técnica da Organização quer através de voluntariado.

Como atividade pertencente à CERC Lisboa, de alta prioridade pela importância que acarreta, contou com a participação da estagiária, como pode ser evidenciada na tabela seguinte (Figura 3).

CAMPANHA PIRILAMPO MÁGICO				
2015				
Bancas	Data	Horário	Local	Técnico/s
Avalade	13 maio 2015	13h00'-17h00'	Lisboa	Estagiária + TSEER
Avalade	14 maio 2015	09h00'-13h00'	Lisboa	Estagiária + TSEER
Cuf Descobertas	18 maio 2015	10h00'-14h00'	Lisboa	Estagiária + Monitor
Cuf Avalade	21 maio 2015	09h30'-13h00'	Lisboa	Estagiária + Monitor
RTP	25 maio 2015	10h00'-14h00'	Lisboa	Estagiária + Monitor
Areeiro	29 maio 2015	09h00'-13h00'	Lisboa	Estagiária 2.º Ciclo + Estagiária 1.º Ciclo



**Figura 3** – Organização horária dos turnos realizados pela estagiária na Campanha do Pirlampo Mágico 2015

Complementarmente à apresentação da Figura 3, advém a componente explicativa que importa referir o acompanhamento sempre a pares nas bancas/vendas como observado, inclusive com a possibilidade da presença de um técnico de referência e grupo de clientes, em todos os casos em interação direta com a comunidade. No caso específico da estagiária, em conjunto com um das orientadoras locais, com o Monitor Auxiliar dos Contextos de Intervenção e também com a estagiária de 1.º Ciclo; e, com durações variáveis entre as três e quatro horas de turnos, quer nos períodos da manhã quer da tarde.

Destaca-se, também neste mês devido à Campanha do Pirlampo Mágico, a suspensão maioritária das atividades dos clientes pela mobilização dos tais recursos já referidos (equipa técnica), muitas vezes com o envolvimento dos próprios clientes e suas famílias.

Ainda que de conhecimento comum, é importante salientar, sempre que necessário, os objetivos da Campanha para que a transparência do processo de venda se torne clara a todos os membros externos, com o valor angariado a reverter 100% a favor das instituições/clientes dirigidos pela FENACERCI – Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social. Em termos de cumprimento de metas estabelecidas para as vendas, foram objetivos alcançados com sucesso mesmo com vendas na reta final após a sua divulgação e exposição desde o início do mês de maio.

Em suma, infere-se a compreensão da comunidade em geral na importância de contribuir para que os papéis de cada um na sociedade sejam equiparados, essencialmente, pela possibilidade de igualdade de oportunidades e direitos que para a população dita normal são dados adquiridos. Mais que a equipa técnica, é de louvar os familiares dos clientes que todos os anos se empenham e impulsionam o movimento do Pirilampo Mágico.

## **CONCLUSÃO**

Com este relatório foi pretendido dar a conhecer a prática da estagiária, no âmbito institucional de CAO durante o estágio de 9 meses, que espelhou acima de tudo aprendizagens relacionadas com os crescimentos pessoal e profissional. Por um lado, o ganho da prática multicontextual e, por outro, a preparação para o exercício da intervenção psicomotora em contexto real, experienciando desde logo situações reais de resolução de problemas. As vivências permitiram também a diferenciação de estratégias utilizadas, cada vez com maior especificidade de objetivos, com o conhecimento pessoal de estratégias adequadas tanto à população contactada como internamente. A proatividade e a liberdade de ação dada à intervenção da estagiária possibilitaram a responsabilização e o aumento de competências de autoconfiança e autoestima, impulsionando essencialmente a tomada de decisão, fulcral para os crescimentos pessoal e profissional enquanto psicomotricista. O foco positivo essencialmente na componente prática e no papel do psicomotricista, ainda que com a aquisição teórica de conteúdos de aprofundamento nos conhecimentos e formação constantes imprescindíveis, nomeadamente no que diz respeito ao fundamental processo de Avaliar, que antecede o processo de Intervenção como uma forte base teórica. Também o funcionamento organizacional no âmbito institucional têm um grande impacto, na medida em que prevê um trabalho sólido de equipa, com transdisciplinaridade característica mas também versatilidade quando necessária, mantendo um espírito de cooperação e interajuda ao próximo (quer entre clientes quer entre colaboradores).

Numa perspetiva pessoal, foi um estágio enriquecedor não só pela bagagem ganha de aprendizagens mas pelo acolhimento e receptividade de toda a comunidade institucional. Profissionalmente, como mediadora, a prática psicomotora permitiu que o trabalho da estagiária incidisse no treino da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida dos clientes; não descartando os seus interesses, expectativas e ambições, mantendo o respeito mútuo e proporcionando condições para as igualdades de oportunidade e participação. Estas foram metas principais delineadas e atingidas, com a devida satisfação pessoal da estagiária. No entanto, refletindo ainda é possível encontrar uma panóplia de aspetos a melhorar que, por si só, se constata como limitações. Limitações que deveriam ter sido colmatadas pelo fortalecimento de suporte teórico com o posterior enriquecimento do trabalho do ponto de vista argumentativo (discussão de resultados) e também numa perspetiva mais aprofundada no que concerne ao processo de avaliação (aplicação de mais instrumentos, especialmente, na avaliação em meio aquático negligenciada neste



processo). É de realçar ainda que, por constrangimentos temporais e pessoais, o trabalho teórico concretizado não espelha a implementação da prática a quem foi dedicado todo o empenho para o alcance dos objetivos propostos quer a nível profissional (RACP – obtenção do grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora) quer no âmbito pessoal (já enquanto técnica de reabilitação psicomotora).

Como recomendações e sugestões futuras salienta-se o investimento na componente de investigação, nomeadamente no acompanhamento de novas e/ou melhoradas metodologias de intervenção com foco para uma população cada vez mais envelhecida, onde a articulação de serviços possa ser uma realidade de acordo com as diferentes necessidades que a atualidade nos apresenta (e.g.: dualidade de diagnósticos). Nesse sentido, que a maximização de recursos seja feita para que se continue a apostar numa visão otimista de intervenção em que se olha para o cliente de forma a destacar e manter as suas competências e capacidades e, não só, o trabalho com enfoque nas suas dificuldades e necessidades.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acquilano, J.; Davidson, P. e Janicki, M. (2007). Psychological services for Older Adults with Intellectual Disabilities. In J. W. Jacobson, J. A. Mullick e J. Rojahn (Eds.), *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities – issues in clinical child psychology* (pp. 189-207). New York: Spring Science.
- Albaret, J.-M. (2003). Intérêt de la mesure dans l'examen psychomoteur. *Évolutions Psychomotrices* 15 (60): 66-75.
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2011). *Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses*. Lisboa.
- Ayaso-Maneiro, J., Dominguez-Prado, D. e García-Soidan, J. (2014). Influence of weight-loss therapy programs in body image self-perception in adults with intellectual disabilities. *Internacional Journal of Clinic and Health Psychology*, 14, 178-185. doi:10.1016/j.ijchp.2014.03.002.
- Barnhill, J., e McNelis, D. (2012). Overview of Intellectual/Developmental Disabilities. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 10 (3), 300-307.
- Burt, B., Primeaux-Hart, S., Loveland K., Cleveland L., Lewis K., Lesser J. e Pearson P. (2005). Aging in Adults with Intellectual Disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 110 (4), 268-284. doi: 10.1352/0895-8017(2005)110[268:AIWID]2.0.CO;2.
- Calenti, J., Rodríguez, L. e Mirón, J. (2002). Transtornos asociados a la discapacidad intelectual. In J. Calenti. (Eds.), *Inclusión Socio-Laboral y Envejecimiento en las personas con Discapacidad Intelectual* (pp. 101-143). Coruna: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias.
- Câmara Municipal de Lisboa (2015). Piscina Municipal do Casal Vistoso. Retirado de <http://www.cm-lisboa.pt/equipamentos/equipamento/info/piscina-municipal-do-casal-vistoso> a 01/08/2016.
- Carmeli, E., Zinger-Vaknin, T., Morad, M. e Merrick, J. (2005). Can physical training have an effect on well-being in adults with mild intellectual disability? *Mechanims of Ageing and Development*, 126 (2), 299-304. doi:10.1016/j.mad.2004.08.021.
- CERCI Lisboa (2012a). Quem Somos. Pesquisa feita no dia 12/03/2016 e retirado de <http://www.CERCIlisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/>.
- CERCI Lisboa (2012b). Identidade da marca CERCI. Pesquisa feita no dia 12/03/2016 e retirado de: <http://www.CERCIlisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/identidade-da-marca-CERCI/>.
- CERCI Lisboa (2012c). Missão, Visão e Valores. Pesquisa feita no dia 12/03/2016 e retirado de <http://www.CERCIlisboa.org.pt/missao-visao-e-valores/>.
- CERCI Lisboa (2012d). Política de Qualidade. Pesquisa feita no dia 12/03/2016 e retirado de <http://www.CERCIlisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/politicas-organizacionais/>.
- CERCI Lisboa (2012e). Política de Confidencialidade. Pesquisa feita no dia 12/03/2016 e retirado de <http://www.CERCIlisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/politica-de-confidencialidade/>.

CERCI Lisboa (2012f). Organograma Funcional. Pesquisa feita no dia 12/03/2016 e retirado de - <http://www.CERCIlisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/organograma-funcional/>.

CERCI Lisboa (2012g). Acreditações e Certificações. Pesquisa feita no dia 12/03/2016 e retirado de - <http://www.CERCIlisboa.org.pt/missao-visao-e-valores/acreditacoes-e-certificacoes/>.

CERCI Lisboa (2012h). Responsabilidade Social. Pesquisa feita no dia 12/03/2016 e retirado de <http://www.CERCIlisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/responsabilidade-social/>.

CERCI Lisboa (2012i). Atividades de Participação Social Responsável. Pesquisa feita no dia 12/03/2016 e retirado de <http://www.CERCIlisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/responsabilidade-social/atividades-de-responsabilidade-social/>.

CERCI Lisboa (2012j). Responsabilidade Social em 2012. Pesquisa feita no dia 12/03/2016 e retirado de <http://www.CERCIlisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/responsabilidade-social/atividades-de-responsabilidade-social/responsabilidade-social-em-2012/>.

CERCI Lisboa (2012l). Documentos Estruturais. Pesquisa feita no dia 12/03/2016 e retirado de - <http://www.CERCIlisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/documentos-estruturais/>.

CERCI Lisboa (2012m). Centro de Atividades Ocupacionais. Pesquisa feita no dia 12/03/2016 e retirado de <http://www.CERCIlisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/respostas-sociais-e-servicos/centro-de-atividades-ocupacionais/>.

CERCI Lisboa (2012n). Centro de Formação Profissional. Pesquisa feita no dia 12/03/2016 e retirado de - <http://www.CERCIlisboa.org.pt/superdestaques/centro-de-formacao-profissional/centro-de-formacao-profissional/>.

CERCI Lisboa (2012o). Formação Profissional Inicial. Pesquisa feita no dia 12/03/2016 e retirado de <http://www.CERCIlisboa.org.pt/candidatos-2/>.

CERCI Lisboa (2012p). Intervenção Precoce na Infância. Pesquisa feita no dia 12/03/2016 e retirado de <http://www.CERCIlisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/respostas-sociais-e-servicos/intervencao-precoce-na-infancia/>.

CERCI Lisboa (2012q). Centro de Recursos para a Inclusão. Pesquisa feita no dia 12/03/2016 e retirado de <http://www.CERCIlisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/respostas-sociais-e-servicos/centro-de-recursos-para-a-inclusao/>.

CERCI Lisboa (2012r). Lar Residencial. Pesquisa feita no dia 12/03/2016 e retirado de <http://www.CERCIlisboa.org.pt/lar-residencial/>.

CERCI Lisboa (2012s). Condições de Admissão. Pesquisa feita no dia 12/03/2016 e retirado de <http://www.CERCIlisboa.org.pt/criterios-de-elegibilidade/>.

CERCI Lisboa (2012t). CAAAPD. Pesquisa feita no dia 12/03/2016 e retirado de <http://www.CERCIlisboa.org.pt/caaapd/>.

CERCI Lisboa (2013). História da CERCI Lisboa. Pesquisa feita no dia 12/03/2016. Retirado de <http://www.CERCIlisboa.org.pt/>.

Claes, C., Hove, G., Loon, J., Vandevelde, S. e Schalock, R. (2012). The influence of supports strategies, environmental factors, and client characteristics on quality of life-related personal outcomes. *Research in Developmental Disabilities*, 33(1), 96–103. doi: 10.1016/j.ridd.2011.08.024. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S089142211003271>.

- Condillac, R. (2009). Behavioral Intervention and Intellectual Disabilities. In Brown, I. e Percy, M. (eds). *A Comprehensive Guide to Intellectual and Developmental Disabilities*. Paul H. Brookes Publishing Cº. 363-372.
- Costa, J. (2008). *Um Olhar para a Criança. Psicomotricidade Relacional*. Trilhos Editora: Lisboa.
- Costalat, D., Galvani, C., Pucca, C., Barbosa, H., Loureiro, M., Sanseverino, M., Nacarato., S. e Fonseca, V. (2002). *A psicomotricidade otimizando as relações humanas*. São Paulo: Arte e Ciência Editora.
- Cox, C., Clemson, L., Stancliffe, R., Durvasula, S. e Sherrington, C. (2010). Incidence of and risk factors for falls among adults with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54 (12),1045-1057. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01333.x.
- Danielsson H., Henry L., Messer D. e Rönnberg J. (2012). Strengths and weaknesses in executive functioning in children with intellectual disability. *Journal of Research in Developmental Disabilities*, 33 (2), 600-607. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2011.11.004>.
- Decreto- Lei n.º 67/1998. Diário da República. I Série-A. N.º 247 – 26-10-1998. 5536-5546.
- Decreto-Lei n.º 18/89. Ministério da Educação. Diário da República, 1.ª série – N.º 9 – 11 de Janeiro de 1989, 125-127.
- Decreto-Lei n.º 281/2009. Diário da República. 1.ª série. N.º 193 – 6 de Outubro de 2009. 7298-7301.
- Decreto-Lei n.º 3/2008. Diário da República. 1.ª série. N.º 4 – 7 de Janeiro de 2008. 154-164.
- Despacho 52/SESS/90. Secretaria de Estado da Segurança Social. 2.ª série. N.º52– 16 de Julho de 1990. 1-8.
- Despacho Normativo n.º 28/2006. - XVII Governo Constitucional. 1.ª série. N.º 85 - 3 de Maio de 2006. 1-12. Retirado de <http://www.CERCIlisboa.org.pt/lar-residencial/>.
- Departamento de Gestão da Qualidade (2013). Políticas Organizacionais – Manual de Políticas da CERCI. Retirado de <http://www.CERCIlisboa.org.pt/> a 6 de setembro de 2016.
- Doody, C., Markey, K. e Doody, O. (2011). Future need of ageing people with an intellectual disability in the Republic of Ireland: lessons learned from the literature. *British Journal of Learning Disabilities*, 41, 13–21. doi: 10.1111/j.1468-3156.2011.00716.x.
- Evans, K. (2012). Day Programming for Aging Adults with Intellectual Disabilities: A review of what is and what should be. *Research Papers*, 229, 1-50.
- Fonseca, V. (1995). A Deficiência Mental a partir de um Enfoque Psicomotor. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, (3/4), 125-139.
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade – perspectivas multidisciplinares*. 1ª Edição. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2004). Psychomotricity: an multidisciplinary approach. *A Psicomotricidade*. nº 3. Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana. Departamento de Educação Especial e Reabilitação. (18-29).

- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora – significação psiconeurológica dos seus factores*. 3ª Edição. Lisboa: Âncora Editora.
- Gerenser, J. e Forman, B. (2009). Speech and Language Deficits in Children with Developmental Disabilities. In J. Jacobson; J. Mulicke J. Rojahn. (eds). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*. Issues in Clinical Child Psychology. Springer Science e Business Media, Ld. 563-5580.
- Godall, T. e Hospital, A. (2004). *150 Propostas de atividades motoras para educação infantil*. Porto Alegre: Artmed.
- Harris, J. (2010). *Intellectual disability – a guide for families and professionals*. USA: Oxford University Press.
- Harries, J., Guscia, R., Kirby, N., Nettelbeck, T. e Taplin, J. (2005). Support Needs and Adaptive Behaviours. *American Journal on Mental Retardation*, 110 (5), 395-404. doi: 10.1352/0895-8017.
- Haveman, M., Heller, T., Lee, L., Maaskant, M., Shooshtari, S. e Strydom, A. (2009). *Report on the State of Science on Health Risks and Ageing in People with Intellectual Disabilities*. IASSID Special Interest Research Group on Ageing and Intellectual Disabilities/Faculty Rehabilitation Sciences, University of Dortmund.
- Head E., Silverman W., Patterson D. e Lottt I. T. (2012). Ageing and Down Syndrome. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012, 203–209. doi: 10.1155/2012/412536.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2002). Censos 2001: Análise de População com Deficiência. Pesquisa feita no dia 01/08/2016 e retirado de [http://www.novamente.pt/wp-content/uploads/estatisticas/novamente\\_estatisticas\\_Censos2001\\_populacao\\_deficiencia.pdf](http://www.novamente.pt/wp-content/uploads/estatisticas/novamente_estatisticas_Censos2001_populacao_deficiencia.pdf).
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2007). Dados Estatísticos – População residente com deficiência (N.º) por Sexo e Tipo de deficiência; Decenal. Pesquisa feita no dia 01/08/2016 e retirado de [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine\\_censos\\_indicador&contexto=ind&indOcorrCod=0001225&selTab=tab10](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_indicador&contexto=ind&indOcorrCod=0001225&selTab=tab10).
- Jacobson, J., Mulick, J. e Rojahn, J. (2007). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*. New York: Springer Science e Business Media.
- Jankowicz-Szymanska, A., Mikolajczyk, E. e Wojtanowski, W. (2012). The effect of physical training on static balance in young people with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*. 33: 675-681. Doi: 10.1016/j.ridd.2011.11.015.
- Lindsay, P. (2011). *Care of the Adult with Intellectual Disability in Primary Care*. London: Radcliffe Publishing.
- Luty, M. e Cooper, S. (2006). Psychiatric health and older people with intellectual disabilities. In A. Roy, M. Roy e D. Clarke (Eds.), *The Psychiatry of Intellectual Disability* (pp. 107-121). Oxon: Radcliffe Publishing.
- Loon, J., Hove, G., Schalock, R. e Claes, C. (2009). *Personal outcomes Scale: Administration and Standardization Manual*. Sticing Arduin. Universiteit Gent. Retirado de <http://pdf.thepdfportal.com/PDFFiles/155576.pdf>.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – As Práticas entre o Instrumental e Relacional. In Fonseca, V. e Martins, R. (eds). *Progressos em Psicomotricidade*. Edições FMH: Cruz-Quebrada.

- Michel S., Soppelsa R. e Albaret J. (2011). *EGP Examen Géroto-Psychomoteur. Manuel d'Application*. France: Editions Hogrefe.
- Morato, P. e Santos, S. (2007). Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. A Mudança de Paradigma na Conceção da Deficiência Mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 14, 51-55.
- Morgan, V. A., Leonard, H., Bourke, J., e Jablensky, A. (2008). Intellectual disability cooccurring with schizophrenia and other psychiatric illness: population-based study. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 364-372.
- Myers, F., Ager, A., Kerr, P. e Myles, S. (1998). Outside Looking In? Studies of the Community Integration of People with Learning Disabilities. *Disability & Society*, 13 (3), 389-413. doi: 10.1080/09687599826704.
- Navas, P. Uhlmann, S. e Berástegui, A. (2014). *Envejecimiento activo y discapacidad intelectual*. Fundación Síndrome de Down de Madrid: Colección Investigación.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. OMS, Direção Geral de Saúde, Lisboa.
- Peirats, E. e Burgos, E. (2010). *Discapacidad intelectual y envejecimiento: Un problema social del siglo XXI*. Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual – FEAPS.
- Pitteri, F. (2004). O Exame Psicomotor. *A Psicomotricidade*. (3): 47-52.
- Portaria n.º 432/2006. Diário da República. I Série-B. N.º 85 – 3 de Maio de 2006. 3214-3217.
- Ryan A., Taggart, L., Truesdale-Kennedy, M. e Slevin, E. (2014). Issues in caregiving for older people with intellectual disabilities and their ageing family carers: a review and commentary. *International Journal of Older People Nursing*, 9(3), 217–226. doi:10.1111/opn.12021.
- Santos, S. (2010). A DID (Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento) na Actualidade. *Revista Educação Inclusiva*, 1(2). Dossier Temático.
- Santos, S. (2014). Adaptive Behaviour on the Portuguese Curricula: A Comparison between Children and Adolescents with and without Intellectual Disability. *Creative Education*, 5, 501-509. doi:10.4236/ce.2014.57059.
- Santos, S. e Morato, P. (2002). *Comportamento Adaptativo*. Porto: Porto Editora.
- Santos S. e Morato, P. (2007). Estudo exploratório do comportamento adaptativo no domínio psicomotor em populações Portuguesas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento. *A Psicomotricidade* (9), 21-31.
- Santos, S. e Morato, P. (2008). Dificuldades intelectuais, comportamento adaptativo e sistema de apoios. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 15, 7-14.
- Santos, S. e Morato, P. (2012a). Acertando o passo! Falar de Deficiência Mental é um erro: deve falar-se de Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento (DID). Porquê?. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 18 (1), 3-16.
- Santos, S. e Morato, P. (2012b). Género e Comportamento Adaptativo. In S. Santos & P. Morato (Eds), *Comportamento Adaptativo - Dez anos Depois* (121-131). Lisboa: Edições FMH.
- Santos, S. e Morato, P. (2012c). O Comportamento Adaptativo em Portugal. In S. Santos & P. Morato (Eds), *Comportamento Adaptativo - Dez anos Depois* (19-33). Lisboa: Edições FMH.

- Santos, S. e Morato, P. (2012d). Idade e Comportamento Adaptativo. In S. Santos & P. Morato (Eds). *Comportamento Adaptativo - Dez anos Depois* (133-147). Lisboa: Edições FMH.
- Santos, S. e Morato, P. (2012e). A Escala de Comportamento Adaptativo – versão portuguesa. In S. Santos & P. Morato (Eds). *Comportamento Adaptativo - Dez anos Depois* ( 83- 100). Lisboa: Edições FMH.
- Santos, S., Morato, P., Ferreira, S., Aniceto, H., Colaço, A., Nogueira, J., Pereira, J. e Rocha, C. (2009). Escala de Intensidade de Apoios – Estudo de validação e análise exploratória. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 16, 39-56.
- Santos, S., Morato, P., Monteiro, A., Fiúza, R., Carvalho, R. e Nunes, S. (2008). Adaptação da Escala de Intensidade de Apoios. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 15, 43-63.
- Simões, C. e Santos, S. (2012). *Escala Pessoal de Resultados*. Ficha de Registo (documento não publicado).
- Simões, C. e Santos, S. (2016). O impacto do emprego na qualidade de vida das pessoas com dificuldade intelectual e desenvolvimental. *Revista Lusófona de Educação*.
- Schalock, R., Bonham, G. e Verdugo, M. (2008a). The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities. *Evaluation and Program Planning*, 31 (2), 181-190. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2008.02.001>.
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, v., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Gomez, S., Lachapelle, Y., Luckasson, R. e Reeve, A. (2010). *Intellectual Disability - Definition, Classification, and Systems of Supports*. AAIDD. 11ª Edição. Washington, D. C..
- Schalock, R., Brown, I., Brown, R., Cummins, R., Felce, D., Matikka, L., Keith, K e Parmenter, T. (2002). Conceptualization, Measurement, and Application of Quality of Life for Persons With Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts. *Mental Retardation*, 40 (6), 457-470. doi: [http://dx.doi.org/10.1352/0047-6765\(2002\)040<0457:CMAAOQ>2.0.CO;2](http://dx.doi.org/10.1352/0047-6765(2002)040<0457:CMAAOQ>2.0.CO;2).
- Schalock, R. e Luckasson, R. (2004). American Association on Mental Retardation's Definition, Classification, and System of Supports and Its Relation to International Trends and Issues in the Field of Intellectual Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 3/4 (1), 136-146.
- Schalock, R., Luckasson, R., Shogren, k., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Criag, E., Gomez, S., Lachapelle, Y., Reeve, A., Snell, M., Spreat, S., Tassé, M., Thompsom, J., Verdugo, M., Wehmeyer, M. e Yeager, M. (2007). The Renaming of *Mental Retardation*: Understanding the Change to the Term *Intellectual Disability*. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45 (2), 116-124. doi: 10.1352/1934-9556.
- Schalock, R., Verdugo, M., Bonham, G., Fantova, F. e Loon, J. (2008b). Enhancing personal outcomes: organizational strategies, guidelines, and examples. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 5 (4), 276–285. doi: 10.1111/j.1741-1130.2007.00135.x.
- Schlosser, R., Sigafoos, J., Rothschild, M., e Palace, L. (2009). Speech and Language Disorders. In Brown, I. e Percy, M. (edts). *A Comprehensive Guide to Intellectual and Developmental Disabilities*. Paul H. Brookes Publishing Cº. 383-402.

Simpson, G. e Price, V. (2009). From inclusion to exclusion: some unintended consequences of Valuing People. *British Journal of Learning Disabilities*, 38, 180-186. doi: 10.1111/j.1468-3156.2009.00572.x.

Snell, M., Luckasson, R., Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Gomez, S., Lachapelle, Y., Reeve, A., Schalock, R., Shogren, K., Spreat, S., Tassé, M., Thompson, J., Verdugo, M., Wehmeyer, M. e Yeager, M. (2009). Characteristics and Needs of People With Intellectual Disability Who Have Higher IQs. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47 (3), 220-233. doi: 10.1352/1934-9556-47.3.220.

Strydom, A., Lee, L., Jokinen, N., Shooshtari, S., Raykar, V., Torr, J., Tsiouris J., Courtenay, K., Bass, N., Sinnema, M. e Maaskant, M. (2009). *Report on the State of Science on Dementia in People with Intellectual Disabilities*. IASSID Special Interest. Research Group on Ageing and Intellectual Disabilities.

Szymanski, L. (1994). Mental retardation and mental health: concepts, aetiology and incidence. In N. Bouras (ed.) *Mental Health in Mental Retardation: Recent Advances and Practices*. Melbourne: Cambridge University Press.

Teles, A., Ribeiro, C. e Ferreira, C. (2012). A Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde como Referência para a Classificação das Necessidades Educativas Especiais. *Gestão e Desenvolvimento*. 20, 111-128.

Thompson, J., Bradley, V., Buntinx, W., Schalock, R., Shogren, K., Snell, M., Wehmeyer, M., Borthwick-Duffy, D., Coulter, D., Craig, E., Gomez, S., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Spreat, Tassé, M., Verdugo, M. e Yeager, M. (2009). Conceptualizing Supports and the Support Needs of People With Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47 (2), 135-146. doi/abs/10.1352/1934-9556-47.2.135.

Thompson, J., Bryant, B., Campbell, E., Craig, E., Hughes, C., Rotholz, D., ... Wehmeyer, M. (2004). *Supports Intensity Scale - Users Manual*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Van der Schuit, M., Segers, E., Van Balkom, H. e Verhoeven, L. (2011). How cognitive factors affect language development in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*. (32), 1884-1894. Doi: [10.1016/j.ridd.2011.03.015](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.03.015).

Valente, P.; Santos, S. e Morato, P. (2012). A Intervenção Psicomotora como (um sistema de) apoio na população com dificuldade Intelectual e Desenvolvimento. *A Psicomotricidade*. 15. 10-23.

Veríssimo, M. e Santos, A. (2008). Desenvolvimento Social: Algumas Considerações Teóricas. *Análise Psicológica*, 3 (16), 389-394.

Walsh, P., Emerson, E., Carolyne, L., Hatton, C., Bradley, V., Schalock, R. e Moseley, C. (2010). Supported Accommodation for People With Intellectual Disabilities and Quality of Life: An Overview. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7 (2), 137-142. doi: 10.1111/j.1741-1130.2010.00256.x.

Wehmeyer, M., Buntinx, W., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Schalock, R., Verdugo, M., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Craig, E., Coulter, D., Gomez, S., Reeve, A., Shogren, K., Snell, M., Spreat, S., Tassé, M., Thompson, J. e Yeager, M. (2008). The Intellectual Disability Construct and Its Relation to Human Functioning. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 46 (4), 311-318. doi: 10.1352/1934-9556.

World Health Organization [WHO]. (2007). *International Classifications of Functioning, Disability and Health: Children & Youth Version: ICF-CY*. Switzerland: WHO press. Retirado de <http://www.google.pt/books?id=SWFQDXyU-rcC&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>.



Wuang, Y.; Wang, C-C.; Huang, M-H. e Su, C. (2008). Profiles and cognitive predictors of motor functions among early school-age children with mild intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*,. 52 (part 12): 1048-1060. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2008.01096.x.

Zikl, P.; Holoubková, N.; Karásková, H. e Veselíková, T. (2013). Gross Motor Skills of Children with Mild Intellectual Disabilities. *International Journal of Social, Human Science and Engineering*. 7 (10): 2789 - 2795. Consultado a 20 de Dezembro de 2015 em [scholar.waset.org/1999.10/17209](http://scholar.waset.org/1999.10/17209).

---

## **ANEXOS**

## ANEXO 1 – EXEMPLAR DE PLANEAMENTO DE SESSÃO EM ATIVIDADE MOTORA

### CERCI Lisboa

Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa (CTVAA)

Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais – Faculdade de Motricidade Humana



**Planeamento de Sessão:** Intervenção em Atividade Motora de 10/02/2015 (terça-feira).

Grupo das 15h00' às 16h00': CM, LC, IJ, EN, F, HE, FP, JS, MC, FC, LS, RS e RG.

Duração da sessão: ≈45 minutos.

		Duração	Descrição	Materiais	Objetivos	Estratégias	Processos de Controlo
Aquecimento	1	5 min.	Percorrer a rampa (localizada lateralmente ao espaço do ginásio propriamente dito) a pares de mão dada, com a subida e a descida das escadas, com alternância de pés, consoante o sentido de deslocamento e o número de voltas a realizar fornecidos pela instrução verbal inicial.	Rampa e escadas.	Ativação muscular. Treino funcional. Competências sociais (inter-ajuda). Estimulação de processos cognitivos (memória e atenção).	Instrução verbal; reforço que o trajeto é sempre feito acompanhado pelo colega, não largando o apoio das mãos; e, incentivos positivos.	Questionamento dos movimentos de subida e/ou descida das escadas; e, nomeação dos pares pelos próprios (antes e após a execução da tarefa).
Desenvolvimento	2	10 min.	Distribuição do grupo em duas equipas, com a colocação das várias bolas, disponíveis num arco para cada equipa e elementos (mesmo número de bolas), nos arcos com a respetiva cor. Repetir, se possível.	Arcos e bolas.	Coordenação motora global. Estruturação Espacial. Estimulação do espírito de competição (rapidez de resposta, tempo de reação). Estimulação de processos cognitivos (integração da informação, atenção e	Instrução verbal; reforço que as bolas deverão ser colocadas nos arcos com as mesmas cores; incentivo ao espírito de competição; e, <i>feedback</i> e incentivos positivos constantes.	Questionamento das cores e número das bolas e dos arcos, inclusive com prática à realização prévia do exercício.

Retorno à Calma					concentração).		
	3	10 min.	Na continuidade da atividade anterior, partilhando também alguns objetivos, os clientes deverão derrubar os cones que se encontram dentro dos arcos (reestruturados consoante a gestão do grupo). Apenas o poderão fazer com uma bola que corresponda, respetivamente, à cor do arco.	Arcos, bolas e cones.	Coordenação motora global. Estruturação Espacial (perceção de distâncias). Coordenação óculomaneal. Conceitos espaciais (dentro, fora, longe, perto, intermédio). Estimulação de processos cognitivos (integração de ações simultâneas – lançamento da bola para derrubar os cones que, por sua vez, terá de ser previamente realizada a associação de cores).	Instrução verbal; reforço dos lançamentos de forma a derrubar os cones; correção de uma situação, se necessária, por um dos elementos do próprio grupo; supervisão e orientação do grupo em geral (verificar o respeito pela vez do outro e organização em fila); e, <i>feedback</i> e incentivos positivos constantes.	Questionamento dos conceitos espaciais (dentro, fora, longe, perto, intermédio) relativamente à posição dos cones e arcos. Demonstração inicial do exercício por um dos participantes, de forma a avaliar a sua compreensão, e a dos restantes, dos objetivos pretendidos.
	3	15 min.	No momento de relaxamento é pedido ao grupo que forme pares, sendo explicado o exercício através da demonstração com um dos participantes. Assim, um dos elementos do par deverá encontrar-se deitado (decúbito dorsal), enquanto o outro deverá efetuar, através da mediação com a bola, movimentos circulares com menos e mais pressão (no entanto sem causar desconforto), seguindo as orientações da estagiária. A troca de colega é feita por instrução verbal.	Bolas.	Relaxamento muscular (relaxação). Competências pessoais e sociais (responsabilidade pessoal, respeito pelo outro, cooperação). Sentimentos de conforto e segurança na proximidade com o outro.	Instrução verbal; demonstração; supervisão constante dos pares; consciencialização do contacto com a bola e da pressão exercida por esta; e, <i>feedback</i> e orientações constantes.	

	4	5 min.	Síntese dos exercícios realizados durante a sessão e reflexão dos objetivos subjacentes (importância das atividades).		Estimulação de processos cognitivos (memória, atenção e integração de informação). <i>Transfer</i> do trabalho realizado em sessão para as atividades diárias.	Fornecimento de pistas verbais, com hipóteses de escolha; e, orientação através do questionamento.	Questionamento reforçado de questões já abordadas durante o período de conversa final (reforço da atenção), caso necessário.
Planeamento para a próxima sessão		≈45 min.	Trabalho nos âmbitos da coordenação motora global, treino funcional, estimulação de processos cognitivos e, ainda, competências pessoais e sociais.	A definir consoante as atividades.	A definir consoante as atividades.		

## ANEXO 2 – EXEMPLAR DE RELATÓRIO DE SESSÃO EM ATIVIDADE MOTORA

### CERCI Lisboa

Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa (CTVAA)

Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais – Faculdade de Motricidade Humana



**Relatório de Observação de Sessão:** Intervenção em Atividade Motora de 10/02/2015 (terça-feira).

Grupo das 15h00' às 16h00': CM, LC, IJ, EN, F, HE, FP, JS, MC, FC, LS, RS e RG.

Duração total da sessão: ≈40 minutos (invés dos 45 min. estipulados).

		Atividade	Realizada/ Não realizada		Participantes da/s Atividade/s	Observações
Aquecimento	1	Percorrer a rampa (localizada lateralmente ao espaço do ginásio propriamente dito) a pares de mão dada, com a subida e a descida das escadas, com alternância de pés, consoante o sentido de deslocamento e o número de voltas a realizar fornecidos pela instrução verbal inicial.	X		CM, LC, IJ, EN, HE, FP, JS, MC, FC, LS e RS.	O percurso pela rampa foi efetuado individualmente e com o intuito de reunir o grupo posteriormente, reduzindo o tempo de espera dos restantes elementos e promovendo o aquecimento pela questão da temperatura ambiental do ginásio. Na generalidade, o grupo cumpriu com os objetivos, sendo necessário o reforço da concentração na tarefa com a diminuição da conversa. Relativamente ao LC foram precisos incentivos verbais para a melhoria do seu desempenho e, consequentemente, para a redução das chamadas de atenção.
Desenvolvimento	2	Distribuição do grupo em duas equipas, com a colocação das várias bolas, disponíveis num arco para cada equipa e elementos (mesmo número de bolas), nos arcos com a respetiva cor. Repetir, se possível.	X		(Ausentes: F e RG).	Com o caráter de competitividade pretendido, o exercício foi repetido três vezes (primeiro com arcos destinados às duas equipas e depois com arcos para ambas), para que fossem decididos os vencedores, visto o empate das equipas aquando das duas primeiras repetições. No global, o grupo mostrou facilidade na sua concretização, com reforço somente à velocidade de execução e incentivo ao espírito de competição. Por outro lado, excecionalmente, recorreu-se ao apoio verbal dirigido à IJ por falta de atenção e concentração nas suas ações (incorreção na introdução das bolas nos respetivos arcos). Quanto ao LC, este manteve um registo positivo embora mostrando sinais de inquietação aquando da espera na fila.

	3	Na continuidade da atividade anterior, partilhando também alguns objetivos, os clientes deverão derrubar os cones que se encontram dentro dos arcos (reestruturados consoante a gestão do grupo). Apenas o poderão fazer com uma bola que corresponda, respetivamente, à cor do arco.	X			De acordo com o cumprimento do objetivo de associação das cores entre bolas e arcos, promoveu-se a exploração dos lançamentos, quer por baixo (inicialmente) quer por cima (posteriormente), adequadamente com recurso à estimulação da força de forma a derrubar os cones. No caso do LC, para além do apoio verbal fornecido ao grupo em geral, foi facultado apoio físico mínimo de acordo com o movimento a realizar corretamente. Ainda, este não apresentou as constantes chamadas de atenção observadas no começo, com demonstração de entusiasmo no desempenho da tarefa.
Retorno à Calma	4	No momento de relaxamento é pedido ao grupo que forme pares, sendo explicado o exercício através da demonstração com um dos participantes. Assim, um dos elementos do par deverá encontrar-se deitado (decúbito dorsal), enquanto o outro deverá efetuar, através da mediação com a bola, movimentos circulares com menos e mais pressão (no entanto sem causar desconforto), seguindo as orientações da estagiária. A troca de colega é feita por instrução verbal.		X		A relaxação não foi realizada por opção da estagiária devido à temperatura do ginásio que não favorece este momento de sessão.
	5	Síntese dos exercícios realizados durante a sessão e reflexão dos objetivos subjacentes (importância das atividades).	X			De modo breve, foram refletidos os aspetos relevantes recorrendo à memorização das atividades realizadas, dando enfoque principalmente à componente cognitiva (e.g., questionamento das cores dos arcos utilizados no decorrer da sessão, apenas por evocação da parte dos participantes). Globalmente, o grupo participou ativamente e assertivamente, destacando a iniciativa de alguns elementos relativamente a outros (e.g., HE e MC), porém com o questionamento direto de forma a estimular a comunicação verbal (especialmente a LC). Assim, a reflexão foi efetuada com êxito.

## ANEXO 3 – EXEMPLAR DE PLANEAMENTO DE SESSÃO EM ATIVIDADE EM MEIO AQUÁTICO

### CERCI Lisboa

Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa (CTVAA)  
Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais – Faculdade de Motricidade Humana



**Planeamento de Sessão:** Intervenção em Meio Aquático de 11/02/2015 (quarta-feira).

Grupo das 9h40' às 12h00': LC, JP, F, AF e MA.

Duração da sessão: ≈45 minutos.

		Duração	Descrição	Materiais	Objetivos	Estratégias	Processos de Controlo
Aquecimento	1	5 min.	Deslocamento individual em corrida, em ambos os sentidos (de frente e de costas), movimentando horizontalmente os membros superiores, de forma simultânea, sob a água com a extensão seguida da flexão do cotovelo (empurrando a água de dentro para fora). Ainda, realização da respiração à superfície da água em intervalos de contagem de três em três.		Adaptação ao meio aquático (condições iniciais da água). Coordenação e dissociação entre membros superiores e inferiores. Treino da respiração.	Instrução verbal, com demonstração; reforços da ação de “soprar” na água, e também do deslocamento em corrida, com a respetiva contagem de três em três; reforços do movimento ao nível dos membros superiores, e da execução do deslocamento no sentido contrário (de costas); diminuição das ajudas técnicas, se possível; e, incentivos positivos constantes.	Questionamentos da respiração, de uma forma ritmada (com contagem), e dos movimentos dos membros superiores.
	2	10 min.	Deslocamento individual, com imersão por debaixo (LC, JP e AF) e por cima (F e MA) do rolo (flutuador), passando de um lado para o outro continuamente.	Rolos (flutuadores).	Imersão. Treino da respiração.	Instrução verbal; demonstração (caso necessária); ajuda física, com apoio ao nível das mãos (pega “mãos nas mãos”), caso necessária; reforço da colocação da totalidade da cabeça debaixo de água (no caso em que se	Questionamentos da realização da respiração, e da passagem por debaixo ou por cima do rolo.



						privilegia o passar por baixo do rolo) e/ou da utilização dos braços e pernas como impulsionadores do deslocamento (relativamente ao passar por cima do rolo); e, <i>feedback</i> e incentivos positivos constantes.	
Desenvolvimento	3	20 min.	Deslocamento em decúbito ventral, a pares no mesmo rolo (flutuador) ou colchão, com os membros superiores e inferiores em extensão, e com batimento alternado dos inferiores. Realização também de períodos de controlo respiratório, aquando da utilização do rolo. Repetir, quatro piscinas.	Rolos flutuadores, e colchão (para LC e JP).	Coordenação entre membros inferiores (movimento controlado e alternado de pernas). Controlo respiratório (respiração ritmada). Servir de modelo (cooperação). Treino da força muscular.	Instrução verbal; apoio pela estagiária e técnica responsável na estabilização do rolo, impedindo o seu afundamento devido ao peso; acompanhamento contínuo dos pares; reforço do controlo respiratório no decorrer do exercício, e do posicionamento em extensão dos membros superiores; e, <i>feedback</i> e incentivos positivos constantes.	Questionamentos da realização da respiração ritmada; e, do movimento que os membros inferiores têm de efetuar (batimento controlado e alternado de pernas, com os joelhos em extensão).
	4		Deslocamento em decúbito dorsal, realizado individualmente, com batimento alternado e em extensão dos membros inferiores. Os membros superiores, de acordo com o material a utilizar, encontram-se apoiados (em flexão no rolo e em extensão na prancha). Repetir, quatro piscinas.	Rolos flutuadores, e pranchas (para F, AF e MA).	Coordenação entre membros inferiores (movimento controlado e alternado de pernas). Controlo da cabeça. Treino da força muscular.	Instrução verbal; fornecimento de apoio físico, em alguns casos; controlo da saída para a execução da atividade (um cliente de cada vez); acompanhamento contínuo; reforço do batimento dos membros inferiores, e do apoio dos membros superiores no material a utilizar; e, <i>feedback</i> e incentivos positivos constantes.	Questionamentos do posicionamento da cabeça; e, do movimento que os membros inferiores têm de efetuar (batimento controlado e alternado de pernas, com os joelhos em extensão).
Retorno à Calma	5	10 min.	Deslocamento em forma de S, na posição de decúbito dorsal na ilha (flutuador), com os membros superiores e inferiores ligeiramente em flexão (relaxados). Estes deslocamentos são mediados pelo grupo, essencialmente, trabalho a pares com inversão de papéis (manter	Ilhas (flutuadores).	Diminuição do tónus muscular (relaxamento). Sentimentos de conforto e segurança na posição de flutuação, perante o comando do colega. Competências pessoais e sociais (sentido de responsabilidade e	Instrução verbal, com demonstração (caso necessária); acompanhamento contínuo dos pares; incentivar à interação entre colegas, e diminuir o apoio técnico (particularmente nos casos em que se pretende a interação entre colegas); reforço da	

			ou alterar os pares consoante o decorrer dos exercícios anteriores).		respeito pelo outro, cooperação, interação e autonomia relativamente aos técnicos).	importância do silêncio no decorrer do exercício (privilegiando o relaxamento); e, <i>feedback</i> constante, essencialmente, no reajustamento do deslocamento lento em forma de S.	
Planeamento para a próxima sessão		≈45 min.	Trabalho nos âmbitos da coordenação entre membros superiores e inferiores (promotores das habilidades natatórias), domínio respiratório e competências pessoais (segurança e autoconfiança) e sociais (cooperação e interação).	A definir consoante as atividades.	A definir consoante as atividades.		

## ANEXO 4 – EXEMPLAR DE RELATÓRIO DE SESSÃO EM ATIVIDADE EM MEIO AQUÁTICO

### CERCI Lisboa

Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa (CTVAA)

Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais – Faculdade de Motricidade Humana



**Relatório de Observação de Sessão:** Intervenção em Meio Aquático de 11/02/2015 (quarta-feira).

Grupo das 9h40' às 12h00': LC, JP, F, AF e MA.

Duração total da sessão: ≈40 minutos (invés dos 45 min. estipulados).

		Atividade	Realizada/ Não realizada		Participantes da/s Atividade/s	Observações
Aquecimento	1	Deslocamento individual em corrida, em ambos os sentidos (de frente e de costas), movimentando horizontalmente os membros superiores, de forma simultânea, sob a água com a extensão seguida da flexão do cotovelo (empurrando a água de dentro para fora). Ainda, realização da respiração à superfície da água em intervalos de contagem de três em três.	X		LC, JP, AF e MA.  (Ausente: F).	De acordo com o decorrer do exercício, foi optada a não realização da respiração. Assim, o grupo, no geral, necessitou de apoio verbal mínimo e de reforços constantes, quer quanto ao sentido do deslocamento quer à movimentação dos braços, embora com a sua concretização. Apesar disso, é de salientar o empenho da AF na execução não desta tarefa, mas do aquecimento efetuado anteriormente durante algumas sessões. Relativamente ao LC, observou-se apenas um desempenho inicial de forma adequada, com posteriores chamadas de atenção e paragens recorrentes.
	2	Deslocamento individual, com imersão por debaixo (LC, JP e AF) e por cima (F e MA) do rolo (flutuador), passando de um lado para o outro continuamente.	X			Similarmente ao planeado, a MA realizou a imersão por cima do rolo enquanto os restantes por baixo. Em todos foi necessário o apoio verbal mínimo, e físico até (LC e JP). De forma semelhante à atividade anterior, o LC apresentou o mesmo registo, com execução do exercício de forma desfasada (autonomamente, embora sem trespassar o rolo, com apoio ao nível dos ombros e também na pega mãos com mãos – normalmente rejeitada pelo mesmo). Globalmente, o grupo desempenhou a tarefa com um balanço positivo, embora com diferenças significativas entre elementos (a AF repetiu-o para que não se encontrasse parada enquanto os colegas terminassem).

Desenvolvimento	3	Deslocamento em decúbito ventral, a pares no mesmo rolo (flutuador) ou colchão, com os membros superiores e inferiores em extensão, e com batimento alternado dos inferiores. Realização também de períodos de controlo respiratório, aquando da utilização do rolo. Repetir, quatro piscinas.	X			Devido às características da atividade a pares, foram necessários reforços e incentivos para que o LC a concretizasse com o colega, com bastante resistência inicial e com inúmeras chamadas de atenção, especialmente para a estagiária que se encontrava no apoio ao outro par (com apoio verbal mínimo relativamente à realização da respiração em períodos curtos para a MA). Na generalidade, a tarefa foi repetida com sucesso, embora o LC apenas a desempenhasse de forma menos desfasada com a estagiária presente, procurando constantemente a componente afetiva.
	4	Deslocamento em decúbito dorsal, realizado individualmente, com batimento alternado e em extensão dos membros inferiores. Os membros superiores, de acordo com o material a utilizar, encontram-se apoiados (em flexão no rolo e em extensão na prancha). Repetir, quatro piscinas.	X			Contrariando o registo anterior, e com apoio individualizado constante à exceção da MA, o grupo realizou com êxito o pretendido, não dispensando porém o apoio verbal mínimo na maioria dos casos. Também o LC apresentou um comportamento assertivo com a execução de forma recorrente e entusiástica da atividade, com paragens pouco frequentes, com a sua repetição inclusive (em quatro piscinas).
Retorno à Calma	5	Deslocamento em forma de S, na posição de decúbito dorsal na ilha (flutuador), com os membros superiores e inferiores ligeiramente em flexão (relaxados). Estes deslocamentos são mediados pelo grupo, essencialmente, trabalho a pares com inversão de papéis (manter ou alterar os pares consoante o decorrer dos exercícios anteriores).	X			Da mesma forma que o exercício anterior, também o Retorno à Calma decorreu com sucesso, com a realização da tarefa com o par LC e AF acompanhado pela estagiária (já experimentado há duas semanas) e com o apoio dado individualmente pela técnica responsável ao JP e MA. Verificou-se, mais uma vez, o entusiasmo na sua realização pelo par, com o LC a realizar de forma mais autónoma o deslocamento comparativamente à última vez (embora com algumas chamadas de atenção para a estagiária). Quando conduzido, foram notórios alguns sinais de inquietude apesar de, com reforços verbal e afetivo, terminasse a tarefa até ao fim. De acordo com o planeamento, as últimas duas atividades, para o LC, decorreram de forma exemplar.

## ANEXO 5 – CONSENTIMENTO ESCLARECIDO, LIVRE E INFORMADO

### CONSENTIMENTO INFORMADO

C E R C I  
L I S B O A

Referente a Cliente \_\_\_\_\_

Nome Liliana Cruz

Consentimento informado		
1 - Autorizo a utilização de imagens em ações de divulgação/promoção da CERC Lisboa	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
2 - Autorizo a utilização de imagens em ações de divulgação/promoção da CERC Lisboa, na internet	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Realização de um trabalho de intervenção (atividade motora e atividade em meio aquático) no âmbito do estágio do mestrado em reabilitação psicomotora, com orientação das técnicas de reabilitação.	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Assinatura



Assinatura \_\_\_\_\_

Data 27-11-2014



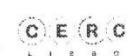
Assurance  
in Social Services

## ANEXO 6 – PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO DO CLIENTE

PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO DO CLIENTE  
INFORMAÇÕES GERAIS

Luis Miguel Oliveira Gomes

DE 01-01-2014 A 31-12-2016



1 - Instrumentos utilizados no levantamento das necessidades, potenciais e expectativas

- ☐ Entrevista ☒ PIC anterior(es) ☒ ECA  
☒ Observação ☐ Visita domiciliária ☐ Escala QOL

2 - Qualidade de Vida - Dimensões e Domínios

BEM-ESTAR	DESENVOLVIMENTO PESSOAL	INCLUSÃO SOCIAL
2	1	3

- ☒ Emocional ☐ Autodeterminação ☒ Ocupacional  
☒ Físico ☐ Relações Interpessoais ☐ Cidadania  
☐ Material ☐ Direitos

3 - Respostas Sociais e Serviços de que beneficia (ou beneficiou) na CERCI Lisboa

Resposta Social/Serviço	início	Fim
Intervenção Precoce na Infância		
Centro de recursos para a Inclusão		
Atividades Ocupacionais	X	
Formação profissional		
Lar-Residencial	X	
CAAAPD		

4 - Acordo com Cliente e Familiares/Responsáveis

Este Plano Individual de Intervenção do Cliente foi analisado em reunião com as presenças de:

- ☐ Cliente ☐ Familiar/Responsável ☐ Diretor Técnico ☐ Psicólogo  
☐ Gestor ☐ Outros

Data da Reunião \_\_\_\_\_

Este Plano de Intervenção Individual do Cliente foi acordado entre as partes:

Cliente Luis Miguel Oliveira Gomes

Familiar/Responsável \_\_\_\_\_

Diretor Técnico \_\_\_\_\_

Gestor \_\_\_\_\_



## ASPETOS RELEVANTES

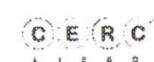
DESCRIÇÃO	INICIO	FIM	MOTIVO
Apresenta por vezes desequilíbrios	01-01-2014		Apresenta dificuldades ao nível da locomoção, andando em bicos de pés
Utiliza óculos	01-01-2014		Apresenta défice ao nível da visão (miopia, estigmatismo e não tem glândula lacrimal - coloca lágrimas artificialmente)
Comunica utilizando sobretudo linguagem não verbal (utiliza poucas palavras), conseguindo fazer-se entender nas questões relevantes para si (ir à Casa de banho, beber café, tomar o lanche da manhã, limpar os óculos)	01-01-2014		Apresenta dificuldades ao nível da expressão verbal Embora apresente o nível adequado a questões concretas clivadas (compreensão intacta)
Interessa-se por ouvir música	01-01-2014		A música pode funcionar como um reforço para o Luís Tem um rádio portátil que transporta p/ vários nos locais
Necessita de reforço/estímulo para participar e concretizar uma tarefa <i>Reforço do café, almoço, incentivos positivos</i>	01-01-2014		Fase de vida em que o Luís se encontra
Por vezes apresenta comportamentos como atirar os óculos ou outros objetos <i>Empurra o vidro da porta, dificuldade de adequação</i>	01-01-2014		Situações de contrariedade (Luís exige alguma elevação da voz sem tom diretivo) ↳ Estratégias de reforço



PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO DO CLIENTE

Luís Miguel Oliveira Costa

DE 01-01-2014 A 31-12-2016



NECESSIDADES, POTENCIAIS E EXPECTATIVAS

IDENTIFICAÇÃO	OBTIDO EM	DESCRIÇÃO	INICIO	FIM	MOTIVO
NEC	ECA	Manter a sua funcionalidade / mobilidade a um nível geral	01-01-2014		Necessidade de apoio físico e verbal moderado para realizar as atividades que lhe são propostas
NEC	ECA	Manter as autonomias ao nível da Higiene	01-01-2014		Necessita de apoio físico total após utilização de WC (limpar o rabo com dodots após defecação)
NEC	ECA	Manter a sua ação e interesse no desenvolvimento das atividades estritamente ocupacionais	01-01-2014		Concretiza algumas tarefas propostas com satisfação ex: Limpar e arrumar os materiais que utiliza





Objetivo Geral 2 - Melhorar a qualidade de vida relativamente ao Bem-estar

Dimensão QOL Bem-Estar Emocional (19-25)

Grau Concretização Ano 1	Grau Concretização Ano 2	Grau de Concretização Ano 3

Resultado Esperado (indicadores da QOL)	Atividade(s)	Contexto(s)
24 - Perceção individual de satisfação da interação com diferentes contextos de vida	Teatro, Saídas de carácter socio-cultural ; desportivo - recreativo	CAO

Objetivo Geral 2 - Melhorar a qualidade de vida relativamente ao Bem-estar

Dimensão QOL Bem-estar Físico (26-34)

Grau Concretização Ano 1	Grau Concretização Ano 2	Grau de Concretização Ano 3

Resultado Esperado (indicadores da QOL)	Atividade(s)	Contexto(s)
29 - Perceção individual entre a realização e a aspiração no domínio da mobilidade	Atividade Motora	CAO
33 - Perceção individual entre a realização e a aspiração no domínio das competências da atividade física	Atividade em Meio Aquático	CAO

Objetivo Geral 3 - Melhorar a qualidade de vida relativamente à inclusão social

Dimensão QOL Ocupacional 37-43)

Grau Concretização Ano 1	Grau Concretização Ano 2	Grau de Concretização Ano 3

Resultado Esperado (indicadores da QOL)	Atividade(s)	Contexto(s)
43 - Perceção do investimento no desempenho de atividades de caráter ocupacional	Atividades que realiza na Sala	CAO